

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A BIOÉTICA DA VIDA COTIDIANA COMO CAMINHO PARA A
COMPREENSÃO DA MORTE MATERNA

Haimée Emerich Lentz Martins

Florianópolis

2002

Haimée Emerich Lentz Martins

**A BIOÉTICA DA VIDA COTIDIANA COMO CAMINHO PARA A
COMPREENSÃO DA MORTE MATERNA**

Dissertação apresentada como requisito à
obtenção de grau de Mestre em Saúde
Pública, no Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profª Drª Sandra Noemi Capponi

Co-orientadora: Profª Dda. Marta Verdi

Florianópolis, junho de 2002.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**"A BIOÉTICA DA VIDA COTIDIANA COMO CAMINHO PARA A
COMPREENSÃO DA MORTE MATERNA"**

AUTORA: Haimée Emerich Lentz Martins

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE**

Profa. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sandra Noemi C. Caponi
(Presidente)

Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza
(Membro)

Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho
(Membro)

Profa. Dra. Maria Betina Camargo Bub
(Membro)

Profa. Dra. Maria Helena B. Westrupp
(Suplente)

“Vencer os desafios com responsabilidade e prudência e, principalmente, com muita tolerância e solidariedade”

Giovanni Berlinguer

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este estudo, são muitas as pessoas a quem devo agradecer, pois somente com a colaboração, participação, orientação, apoio e amizade delas foi possível chegar até aqui. Torna-se difícil agradecer individualmente a todos os envolvidos – colegas de trabalho e amigos que de uma forma ou de outra, foram envolvidos neste trabalho.

Agradeço em especial:

A Deus, pelo amor e proteção que me permitiu superar os obstáculos encontrados nesta caminhada.

Às professoras Sandra Noemi Capponi e Marta Verdi, pela dedicação com que me orientaram e pela compreensão com que receberam minhas dúvidas e hesitações, pelo constante incentivo e pela confiança em mim depositada.

À professora Maria de Lourdes de Souza, pelo incentivo, estímulo e apoio intelectual.

À Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, pela oportunidade e apoio ao disponibilizar os recursos necessários para a realização deste estudo.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, seus professores e funcionários, pelo convívio durante esta jornada.

Às professoras Maria Helena Westrupp e Vera Blanck, coordenadoras do Curso de Pós-Graduação, meus sinceros agradecimentos pelo esforço em disponibilizar bolsa do CNPq, que tornou possível a realização desta pesquisa.

Aos meus pais e demais familiares, em especial, meu marido Leônidas e meus filhos: Leon e Rafael que souberam acolher as limitações de tempo disponíveis junto deles.

À Ana Lúcia de Andrade, que mais uma vez soube oferecer suas orientações, amizade e incentivo na concretização deste trabalho.

Meu profundo apreço a todos os outros, aqui e ali, que tornaram esta dissertação possível.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	1
2 METODOLOGIA DA PESQUISA	8
2.1 Caracterização da pesquisa	8
2.2 Aspectos éticos da pesquisa	12
3 UMA APROXIMAÇÃO AO PROBLEMA DA MORTE MATERNA	13
3.1 Mulher, saúde e desigualdade	13
3.2 Desvelando o problema morte materna	19
3.2.1 O que se entende por morte materna	21
3.3 A magnitude da mortalidade materna	26
4 UM OLHAR A PARTIR DA BIOÉTICA	35
4.1 O que é bioética	35
4.2 Classificação da bioética	43
4.3 A ética na assistência da saúde	47
4.4 A ética dos princípios	48
4.4.1 Beneficência	49
4.4.2 Não maleficência	52
4.4.3 Autonomia	53
4.4.4 Justiça	56
4.5 O conceito de equidade	60
4.6 Um olhar a partir da evitabilidade	63
4.6.1 Determinantes da mortalidade materna	64
4.6.2 Fatores de risco da mortalidade materna	73
4.6.3 Por que acontece a morte materna	79
4.6.4 Mortalidade materna e as políticas públicas	81

4.6.5 Como evitar esse tipo de morte?	82
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNOS OCORRIDOS EM SANTA CATARINA	86
5.1 As mortes evitáveis	87
5.2 A responsabilidade da sociedade	97
5.3 A responsabilidade do sistema de saúde	103
5.4 Sobre a pretensa responsabilidade da mulher: o conceito de <i>Victim Blaming</i>	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS	131
ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO COMITÊ DE MORTALIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA	132
ANEXO 2 – PREPARAÇÃO DOS DADOS	136
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE	138
ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	139
ANEXO 5 – QUADROS E FIGURAS	140

RESUMO

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **A bioética da vida cotidiana como caminho para a compreensão da morte materna.** Florianópolis, 2002. 145 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC, 2002.

A morte materna, destacando-se principalmente as evitáveis, é um dos indicadores do resultado da assistência prestada bem como da falta de políticas que favoreçam a saúde da mulher. O objetivo deste estudo foi analisar as mortes maternas à luz da bioética da vida cotidiana de Berlinguer, de modo a compreender o fenômeno no Estado de Santa Catarina.. Para alcançar o objetivo, optou-se por realizar um estudo de abordagem qualitativa do tipo teórico filosófico. A reflexão foi realizada a partir de dois eixos norteadores – a concepção da bioética da vida cotidiana de Berlinguer e os dados empíricos fornecidos pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, acerca dos óbitos maternos declarados como ocorridos no ano de 1998, no Estado de Santa Catarina. A reflexão com o suporte da bioética da vida cotidiana de Berlinguer (1996), possibilitou reafirmar que : as desigualdades econômicas e sociais, as dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde, a dificuldade de obtenção de atenção integral e resolutiva para os problemas que contribuíram para a ocorrência da morte materna. Observou-se, ainda, aplicando-se os princípios éticos da responsabilidade, da justiça, da equidade e da autonomia a fragilidade e os pontos críticos subscritos nas práticas de saúde dirigidas à mulher no período da gestação, parto e puerpério.

Palavras Chave: Bioética, Evitabilidade, Morte Materna.

ABSTRACT

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **The bioethics of everyday life as a way for understanding maternal mortality**. Florianópolis, 2002. 145 p. (Master Thesis in Public Health) – Graduate Program of Public Health, UFSC, 2002.

Maternal mortality, specially the avoidable types, is one of the signs resulting from the lack of assistance and policies that favors a woman's health. The goal of this study was to analyze the maternal deaths by Berlinguer's concepts of bioethics in everyday's life, in a way to understand this phenomenon in the State of Santa Catarina. To reach this goal, the option was an analysis by a quality approach of data, by a teorical and philosophical view. The reflection was realized by two distinct paths: by the Berlinguer's concepts in everyday life and by the analysis of data given by the "Committee of Maternal Mortality", about the maternal deaths declared as happened in 1998, in the State of Santa Catarina. From the references of the bioethics of everyday life by Berlinguer (1996), we can observe the following situations: social and economical disparities, the difficulties of both access and use of the health services, the difficulty in obtaining a full attention and resolution for pregnancy problems. The analytic path represented by the ethical principles of responsibility, justice, equality and autonomy, provided the weaknesses and the critical points available in the health practices toward the women in the pregnancy period, during delivery and in the rest of their lives; showing, by that way, the importance and contribution of the bioethics of everyday life in the analysis of the avoidable maternal mortality.

Key words: Bioethics, Avoidability, Maternal Mortality.

1 INTRODUÇÃO

“Ficar na naturalização das desigualdades é institucionalizar a barbárie. A defesa da vida é hoje a defesa do Direito e dos Direitos Sociais.”

(Faleiros)

O progresso alcançado pelas ciências biológicas e suas aplicações clínicas transformam o modo de viver e morrer da humanidade diante de situações até então inexistentes. Estas conquistas contribuem para modificar a vida das pessoas e desencadeiam contradições que necessitam de uma análise frente ao respeito ético da humanidade. A contradição encontra-se na situação na qual o homem, ao mesmo tempo em que cria benefícios, agride diariamente o meio ambiente, levando à degradação da natureza e de si mesmo.

É o “homem tecnológico”, como denomina Garrafa *et al.* (1999), possuidor de tantos poderes não só para desorganizar como também para mudar radicalmente os fundamentos da vida.

Os avanços tecnológicos vêm trazendo vantagens importantes aos indivíduos que deles se beneficiam, mas ao mesmo tempo aguçando diferenças entre pessoas e sociedades. Mesmo trazendo em seu texto legal, princípios de universalidade e equidade, a saúde brasileira apresenta consequências danosas dessa prática. Segundo Costa Neto (2000), presencia-se uma espantosa modernidade técnica não acompanhada da devida modernidade ética.

Estas transformações apresentam um custo, no qual, uma parcela da população perde sua vida porque não recebe, como teoricamente tem direito, dos benefícios das novas tecnologias. A situação fica mais evidente quando da análise do diversificado panorama mundial.

Conforme dados do Fondo de Población de Las Naciones Unidas (FNUAP), em 1999, o planeta alcançou a marca de 6000 milhões de habitantes. Quase metade dessas pessoas tem menos de 25 anos, mais de 1 bilhão são jovens, entre 15 e 24 anos de idade, progenitores da próxima geração. Mais de

95% do crescimento da população ocorrem em países subdesenvolvidos. Dos 4.800 milhões de pessoas que moram nestes países, quase três quintos carecem de serviços básicos de saneamento; cerca de um terço carece de água potável; um quarto não tem moradia adequada; um quinto não dispõe de suficientes aportes energéticos e protéicos, carecendo dos serviços modernos de saúde; um quinto das crianças não chega ao quinto ano da escola.

Esta realidade social só determina o crescimento da situação de miséria e pobreza, impedindo a população de usufruir dos benefícios das conquistas que o avanço científico e tecnológico disponibiliza. Hoje, há distância entre os cidadãos necessitados, ou seja, aqueles que não possuem renda suficiente para comprar alimentos mínimos e necessários para manter sua vida (Verdi *et al.*, 1997), e aqueles que acumulam bens exagerados e desnecessários, aumentando significativamente, num curto espaço de tempo.

Para Garrafa *et al.* (2000, p. 14),

“... à distância que existe hoje entre os excluídos e os incluídos na sociedade de consumo mundial, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, é paradoxalmente maior. Enquanto os japoneses, por exemplo, apresentam uma expectativa média de vida de quase 80 anos, em alguns países africanos como Serra Leoa ou Burkina Fasso, a média mal alcança os 40.”

De acordo com os mesmos autores, no Brasil, a situação não é diferente. Um brasileiro pobre nascido na periferia de Recife, cidade do Nordeste do país, com clima de seco a árido, vive aproximadamente 15 anos menos que um pobre nascido na mesma situação na periferia de Curitiba ou Porto Alegre, no Sul do país, beneficiado pela chuva e pela natureza. Além das desigualdades regionais, o Brasil ainda apresenta grandes disparidades nos seus indicadores econômicos e sociais: apesar de ter alcançado o nono PIB mundial (Produto Interno Bruto), com índices superiores a 800 bilhões de dólares/ano, classifica-se na 42ª posição quando se trata dos índices de analfabetismo e expectativa de vida ao nascer.

Esta realidade, segundo Anjos (2000), faz parte de uma “trama social” que desafia a ética da vida. A situação de miséria em que vive o povo latino o leva a uma reprodução do ciclo de desigualdades e da miséria, pois vários são os determinantes que não o deixam atingir uma escolaridade que o coloque em

condições de equivalência para concorrer no mercado de trabalho e, assim, romper com esse desajustado ciclo de miséria humana.

É uma dura realidade de desiguais, que expropria da maioria e favorece a alguns a possibilidade de ter condições dignas de vida.

Conforme Garrafa *et al.* (1999, p. 6):

“A igualdade é a consequência desejada da eqüidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania”.

Ao mesmo tempo em que se viu um findar de século com o avanço do conhecimento científico-tecnológico, no qual se assistiu o prolongar da vida, os avanços da genética com a geração artificial da vida, a disponibilidade de tecnologias para proteção da saúde do trabalhador, a garantia dos direitos vitais, jurídicos e culturais das mulheres, depara-se com mortes indevidas. Mortes que pelos conhecimentos até então disponíveis, não justificariam mais a sua ocorrência, como é o caso das mortes de mulheres no período reprodutivo.

Na maioria dos países subdesenvolvidos, a taxa de mortalidade materna ainda é muito alta, e reporta a situação das mulheres com baixa escolaridade, baixa renda familiar dentre outras condições agressoras. Não se pode esquecer do grande contingente de mulheres que são obrigadas a assumir múltiplas funções simultaneamente, sendo mães, donas de casa e trabalhadoras, e vendo todos os dias a sociedade lhes subtraindo as condições de dignidade. O que agrava mais a situação social destas mulheres é que se associa a ela a escassez de recursos sanitários, expondo-as de maneira prolongada aos riscos de morbidade e mortalidade. São mulheres expostas a situações de vida que não lhes permitem desenvolver o hábito de cuidar de si e de sua própria saúde, até porque os serviços de saúde funcionam exatamente nos horários em que a maioria da população trabalha e, além disso, a acessibilidade aos serviços de saúde estão cada vez mais impraticáveis.

Para Souza (1982), a morte é parte de um fenômeno sócio-econômico-cultural que altera, de certa forma, as relações existentes na sociedade, em que o primeiro impacto que recebe está em função da quantidade e da força com que a mortalidade ataca a população em geral e a seus indivíduos. Segundo a autora, quanto mais desfavoráveis forem aos seres humanos as condições sociais e econômicas, mais precocemente a morte incide.

Estudo realizado por Tauil & Lima (1996) concluiu que no Brasil há excesso de mortes por causas evitáveis e que a estrutura de mortalidade é simplesmente expressão da desigualdade de acesso a bens e serviços propiciados pelo desenvolvimento econômico, científico e tecnológico.

Estudos sobre a morte materna, como os de Mora & Yunes (1993), Royston & Armstrong (1991), Souza (1982), são unânimes em afirmar que este é um tipo de morte resultante das diferenças sociais e econômicas vigentes em uma população. Estas revelam as iniquidades na medida em que evidenciam as disparidades presentes nas várias regiões e o desenvolvimento existente entre elas.

Tanaka (2000) já salientava que a morte materna é um dos mais sensíveis indicadores de iniquidades, representado pela desarticulação e desorganização da assistência à saúde e pela falta de políticas públicas que favoreçam a saúde da mulher.

Sendo assim, a mortalidade materna não é só um indicador da saúde, mas também das condições de vida da população, revelando a desvantagem social em que vivem as pessoas nestas sociedades onde a participação social e o exercício da cidadania não são reconhecidos.

A presente realidade faz refletir sobre o quanto está emergente e imprescindível a prática de princípios que portem, como eixo de qualquer desenvolvimento, o bem-estar do ser humano.

Berlinguer (1993), ao se referir às ciências da vida, expõe sobre as situações que clamam por uma reflexão bioética. Ressalta a necessidade de ampliar o campo da reflexão bioética para além do debate das situações as quais denomina de “situações limite ou de fronteira”, como a eutanásia, reprodução assistida, aborto. Os profissionais que se ocupam da bioética devem preocupar-se também com as questões morais que guiam as escolhas realizadas nas situações da vida cotidiana.

O que se vê hoje é a bioética priorizando a discussão em torno das situações limites ou de fronteira e preocupando-se menos com as situações que ocorrem cotidianamente e “normalmente”, como o nascer, o adoecer por enfermidades preveníveis e o morrer prematuramente (Berlinguer, 1996).

A partir do contexto apresentado, assumo o compromisso de realizar uma reflexão teórica a partir do referencial da bioética da vida cotidiana de modo a contribuir para a compreensão e superação de mortes maternas evitáveis. Para tanto, estabeleci como ponto de partida para este estudo a pergunta a seguir: ***como se caracterizam as mortes maternas quando examinadas a luz da bioética do cotidiano?***

O desenvolvimento da ciência vem percorrendo diversos caminhos com diferentes métodos, pois o conhecimento é, por si só, um valor e a decisão da sociedade em centrar seus esforços neste desenvolvimento, implica a consideração de outros valores.

A responsabilidade ética de um pesquisador deve ser avaliada, não só pelo exercício de suas pesquisas em si, mas, principalmente, pelas conseqüências sociais decorrentes da mesma (Garrafa *et al.*, 1999).

Por isto mesmo, elejo focar o olhar com suporte da bioética da vida cotidiana nas mortes maternas consideradas evitáveis pelo Comitê de Mortalidade Materna. Esta reflexão contribuirá para o despertar da consciência e do progresso moral capaz de suscitar um agir responsável na busca da preservação e continuidade da vida.

Dallari (1994, p. 1) argumenta que “... a ética é um fenômeno social. A reflexão moral é necessariamente um resultado de opiniões compartilhadas sobre o que se deseja ou sobre o que se vai fazer em sociedade”.

Vimos, no ato de compor este estudo um fazer diferente, um desafio de buscar na ética algumas contribuições para a solução de controvérsias trazidas a tona por situações de vida e morte.

Buscar a compreensão do fenômeno mortalidade materna requer muito cuidado, uma vez que neste processo, os conhecimentos a serem desenvolvidos irão refletir sobre questões éticas relacionadas com o agir consciente do nosso viver com relação ao mundo na preservação da vida.

De acordo com Laville & Dionne (1999, p. 34), "... o pesquisador não pode, frente aos fatos sociais, ter a objetividade de um fotógrafo, apagar-se [...] ter preferências, inclinações, interesses particulares; interessar-se por eles e os considerar a partir de seu sistema de valores." Conforme os autores, em ciências humanas, o pesquisador é mais que um observador objetivo: é um ator envolvido.

Minayo (1996, p. 73) diz que: "é na práxis, na perspectiva dialética, que se dá a emancipação subjetiva e objetiva do homem e a destruição da opressão enquanto estrutura e transformação da consciência". Para a autora, a transformação das idéias sobre a realidade e a própria transformação da realidade caminham juntas.

É possível observar a transformação da realidade como um ser ativo, capaz de "estimular o melhor dos outros que dominá-los." (Redfield, 1993, p. 256). Segundo o autor, este seria o modo de se relacionar consciente, o que significa a possibilidade de compreensão das diversidades através do estar consciente para a implantação de uma ética da ciência que contribua na transformação da vida dos indivíduos.

A compreensão das adversidades é imprescindível para o exercício da reflexão ética, trazendo a bioética como o suporte que fundamenta o raciocínio filosófico na demonstração da morte materna evitável como uma iniquidade.

Neves (2000), destaca que a bioética trata de articular as capacidades do conhecimento científico com as idéias filosóficas e os conhecimentos dos valores humanos que orientam o mundo. Para a autora, a bioética não se restringe a um só domínio do conhecimento, mas a um plano pluridisciplinar, em que o homem da ciência traz à reflexão os valores da prática.

Acompanhando a história da humanidade, pode-se observar que a morte e a vida são fenômenos que vêm sendo pesquisados e revelados pelas ciências. Assim, o enfoque é no estudo sobre as mortes maternas evitáveis, e por isto mesmo se leva em conta a mulher protagonista de uma história de relações de exploração, onde a desigualdade do modo de viver não possibilita a escolha por uma maternidade sem risco, ou mesmo realizar o parto no domicílio com condições técnicas e humanas favoráveis.

Como afirma Souza (1982, p. 4-5), "a morte e a vida devem ser estudadas par e passo pelos profissionais de saúde, pois na morte poderão ser

interpretados enigmas da própria ciência, onde as limitações do saber se fazem muito presentes.”

Tauil & Lima (1996), têm a morte como um fenômeno inevitável, é inerente a todo ser vivo. Não se coloca, portanto, em discussão a sua eliminação. Porém, estes autores consideram, do ponto de vista ético, a magnitude¹ das mortes provocadas por causas evitáveis.

A inquietação exibida pela autora deste estudo decorre da situação em que a ciência, e os recursos tecnológicos do mundo moderno, não foram suficientes para eliminar os males da miséria humana, aqui representada na mortalidade materna.

Sobre a questão, Berlinguer (1996, p. 15) refere que

“o sacrifício de valores, entre os quais a própria vida, é medido em relação às possibilidades, podendo dizer que nossa época é a que viu na história tanto os maiores progressos com relação à saúde humana como o maior número de vítimas evitáveis.”

Mas, ao falar-se em mortes e sua inevitabilidade convém lembrar que a tecnologia não é neutra, já dizia Campbell (1998), pois além dos benefícios traz consigo consequências danosas, maleficientes, iníquas e injustas.

Este mesmo progresso, de acordo com Spisanti (1992), contribui para o agravamento das desigualdades no sistema de saúde.

A reflexão ética sobre a inevitabilidade da mortalidade materna se constitui em subsídios para o exercício de uma prática profissional mais humana, com redução das desigualdades no que se refere ao acesso à assistência, onde a ciência e a tecnologia estejam disponíveis para todos.

¹ Neste estudo, magnitude significa grandeza, importância (Melhoramentos ..., 1994, p. 640).

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

“Olhe cada caminho com cuidado e atenção. Tente-o tantas vezes quantas julguem necessárias ... Então faça a si mesmo e apenas a si mesmo uma pergunta: possui esse caminho um coração?”.

Em caso afirmativo, o caminho é bom, caso contrário, esse caminho não possui importância alguma.”

(Carlos Castanheira. Tao da física, p. 21)

2.1 Caracterização da pesquisa

Neste capítulo, é apresentado o caminho metodológico percorrido para o alcance do objetivo – analisar as mortes maternas à luz da bioética da vida cotidiana de Berlinguer, de modo a compreender o fenômeno no Estado de Santa Catarina.

Este objetivo é derivado da seguinte questão principal que norteou o desenvolvimento do estudo – como se caracterizam as mortes maternas quando examinadas a luz da bioética do cotidiano? Com estas definições prévias, ou seja, a questão norteadora e o objetivo é que se definiu o tipo do estudo e, por conseguinte, todos os procedimentos requeridos para concretizá-lo.

Numa perspectiva geral optou-se pelo estudo qualitativo que “considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador e as contradições como a própria essência dos problemas reais.” (Minayo, 1996)

Para Minayo (1996, p. 10),

“a abordagem qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Metodologicamente, a abordagem qualitativa, segundo Coelho (2000, p. 87), é a que se refere ao fato de que não se pode insistir em procedimentos sistemáticos que possam ser previstos. O objeto não é um dado neutro, com

passos ou sucessões que levam à generalização, isto é, uma teorização dedutiva não procede para as análises qualitativas.

Estudos desta natureza de análise qualitativa se apóiam em três aspectos fundamentais:

- a) nos resultados alcançados na pesquisa;
- b) na fundamentação teórica (manejo dos conceitos e teorias);
- c) na experiência pessoal do investigador.

Mediante estas informações sobre o que me inquietava – estudo qualitativo – passei a eleger em si um modo de realizar um estudo que, antes de se preocupar com os números em si, me possibilitasse avançar em busca do entendimento do que eles, os números, sugeriam. Não desejava realizar estudo de caso, observação participante, análise de discurso ou pesquisa ação, e sim buscava um método que me permitisse expressar minhas inquietações diante de uma base de dados empírica sem me ater a ela. Assim, optei por realizar uma reflexão teórica filosófica sobre as mortes maternas registradas e analisadas no Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, aplicando como referencial teórico à concepção de Berlinguer sobre a Bioética da Vida Cotidiana.

O Comitê de Mortalidade Materna de Santa Catarina foi criado em 1995 pela Portaria n° 134/95/SES, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, composto por representantes de outras Secretarias de Estado, Prefeitura Municipal da Capital, Universidade Federal de Santa Catarina através de quatro (4) departamentos e um (1) hospital, órgãos de classe como: Conselho de Enfermagem, Conselho de Medicina e Associação Catarinense de Medicina, movimento organizado de mulheres, associações comunitárias e outros órgãos não de governo, totalizando quatorze (14) representações. A oficialização dos representantes foi através de Portaria Estadual de n° 1059/SES em 4/11/96. Neste mesmo ano também é oficializada a representação da diretoria executiva do comitê pela Portaria Estadual de n° 1060/SES em 4/11/96.

O comitê teve sua atuação inicialmente na divulgação do mesmo através da imprensa falada, escrita e televisiva. Também atuou através de

capacitações às regionais de saúde visando a implantação dos comitês regionais e realizou a análise dos óbitos maternos declarados de 1998.

Não optei também por um estudo exploratório-descritivo porque, no meu entendimento, este já havia sido realizado pelo próprio Comitê de Mortalidade Materna. Cabe lembrar que um estudo exploratório, segundo Triviños (1990, p. 109-110), permite “... ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema.” E facilita o encontro dos “... elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja.” É um estudo descritivo porque exige do “... pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. [...] pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade.”

A reflexão concebida observou os seguintes procedimentos:

- Busquei Berlinguer porque ao ter acesso aos escritos do autor, pude identificar coincidências com o que ele traz nos assuntos da vida do dia-dia e as possibilidades que eu pensava de agregar a ética moral para a prática de melhores condições de assistência à saúde das mulheres e principalmente evitar suas mortes, particularmente quando relacionadas à gestação, parto e puerpério. Deste autor selecionei e realizei leitura das seguintes referências: Questões de vida (1993), O direito à vida e a ética da saúde (1993), Ética da saúde (1996), População, ética e equidade (1999), Equidade, qualidade e bem-estar futuro (2000). Além disso, procedi a inclusão de bibliografias selecionadas de modo aleatório, mas que tivessem dois eixos principais – a morte materna e a bioética da vida cotidiana quando aplicada a estudos na área da saúde. Assim sendo, encontrei 102 artigos, 67 livros, 6 (seis) teses e dissertações, selecionando para inclusão na reflexão um total de 175 textos.

- Escolhi trabalhar com o Banco de Dados do Comitê de Mortalidade do Estado de Santa Catarina, porque por meio da cooperação de vários profissionais de formação multidisciplinar, inclusive médicos, se procedeu a estudo exploratório dos casos de morte materna. Assim, desde sua formação, em 1995, o comitê vinha desenvolvendo um trabalho para estimular as investigações dos óbitos. Foi quando em 1998, após o comitê ter decidido pelo estudo exploratório dos óbitos investigados, buscamos ajuda de profissionais, inclusive de outros estados, para reconhecer modos de implementar a análise dos óbitos maternos. Dado a isto foi possível resgatar os óbitos somente daquele ano,

devido a condições estruturais do próprio Comitê de Mortalidade do Estado de Santa Catarina. Portanto, a coleta de dados e as análises quantitativas foram realizadas por um conjunto de profissionais que atuavam diretamente no Comitê. Cabia, portanto, no contexto deste estudo eleger, a partir do referencial definido os aspectos a que a reflexão se deteria.

A reflexão priorizou, em primeiro momento, a questão da evitabilidade das mortes maternas, devido à repetição do fenômeno, e por isto mesmo a partir do estudo dos resultados identificados pelo Comitê seriam considerados os aspectos éticos das responsabilidades. Abrangendo os aspectos da responsabilidade da sociedade, da responsabilidade pública e da responsabilidade da mulher. Em todos os três aspectos a intencionalidade era suscitar a reflexão, a partir do referencial da bioética da vida cotidiana, sobre a responsabilidade ética de cada um dos envolvidos no fenômeno “morte materna”

Para a reflexão sobre a responsabilidade ética de cada um dos envolvidos no fenômeno “morte materna” ocorrido em Santa Catarina, no ano de 1998, evoquei ainda o princípio da equidade e da justiça. Isto porque, a responsabilidade ética vai além dos números, ou seja, independente do achado empírico contar com um ou cinquenta casos, há responsabilidade ética. Além disso, por questão de justiça e de interesse social nenhuma mulher deveria morrer em situações de gestação, parto ou puerpério. No contexto desta reflexão foram ainda considerados os aspectos de risco a que foram submetidas as mulheres, haja vista que a morte pode ocorrer de modo inevitável quando associada a condições de risco relacionados a assistência, aos profissionais que assistem e a própria mulher.

Esleveu-se o tema da reflexão e seus componentes e a base empírica com a qual trabalhamos. Nesta base empírica contava-se ademais dos dados sistematizados com os instrumentos de coleta de dados do próprio Comitê (vide anexo 1) e trabalhados por um formulário elaborado por mim (anexo 2), que em caso de dúvida, eu podia retornar a informação sobre os 15 óbitos declarados como maternos em Santa Catarina.

2.2 Aspectos éticos da pesquisa

Tratando-se de uma reflexão teórica filosófica e que adotou o referencial da Bioética da Vida Cotidiana de Berlinguer, eu precisava estar alerta para as questões éticas do estudo. Afinal, eu não poderia deixar de considerar os aspectos éticos na própria prática de estudar, refletir e compor o texto a partir de eleições feitas.

Os cuidados éticos com relação a base empírica incluíram medidas de proteção, confidencialidade e sigilo das informações, bem como da mulher vítima da morte materna, da família, das instituições e dos profissionais de saúde envolvidos no estudo. Isto porque, um estudo para dissertação não poderia comprometer o trabalho profissional de uma comissão multiprofissional e interinstitucional, que vem sendo implementado. Para a aplicação da base empírica das informações, foi solicitada autorização ao Secretário de Estado da Saúde. (Anexo 3)

Também foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina o projeto deste estudo, para análise e aprovação, recebendo parecer favorável para a sua realização, anexo 4.

3 UMA APROXIMAÇÃO AO PROBLEMA DA MORTE MATERNA

“... a cada vinte e cinco minutos, uma mulher morre como resultado da gravidez ou do parto em alguma parte da região das Américas.

Pode ser uma mãe adolescente, sozinha, que se encontrava longe da ajuda profissional.

Pode ser uma mulher que teve seu parto em um hospital, porém, morreu porque necessitava sangue para salvar sua vida e este não existia.

Ou pode ter sido uma mulher que, às escondidas, em seu desespero, recorreu ao aborto para terminar com uma gravidez não desejada.”

(OPS/OMS, 1996, p. 1)

3.1 Mulher, saúde e desigualdade

O presente estudo estará desvelando o itinerário da morte materna na vida cotidiana das mulheres, permeado pela configuração de relações em que o poder marca as posições contrárias e não iguais para além das atribuições a elas conferidas pela sociedade.

A mulher será o balizador da caminhada, cuja história é marcada pelas relações de dominação e exploração na sociedade. É esta relação de dominação e exploração, reflexo da desigualdade de poder a ela atribuído, que lhe confere uma posição subalterna na organização da vida social. Segundo Saffioti (1992), esta subalternidade não significa ausência absoluta de poder, esta relação de dominação-exploração não significa a total anulação daquele que figura no pólo de dominada-explorada. Há poder nos dois lados da relação, ainda que em doses tremendamente desiguais.

Albuquerque *et al.* (1998) referem Fortney quanto ao importante papel social da mulher para a constituição e manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado com os filhos. E que a fase reprodutiva da mulher, entre

10 a 49 anos de idade, representa uma fração importante da força produtiva do país.

No entanto, a realidade nos mostra que as mulheres dos países em desenvolvimento, quase 350 milhões, carecem de acesso aos meios modernos e seguros de contracepção. As mulheres constituem quase dois terços de analfabetos do mundo, e três quintos dos pobres no mundo são mulheres (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1999). Decidir sobre quando e quantos filhos quer ter passa por sua situação social e, dependendo disto, a mulher pode buscar nos meios de contracepção a opção por uma família menor com mais condições de acesso aos meios dignos de vida: moradia, educação, saúde.

Conforme Martins (1998, p. 29), "a descoberta de meios para evitar com que cada relação sexual decorra numa gestação é motivo de preocupação já de muito tempo quanto a fazer, praticar o sexo de forma tranqüila e segura, como afirma um grande número de mulheres ...". A mesma autora ainda menciona que

“... desde a infância somos programadas pela educação familiar e pela sociedade para nos tornarmos mãe, esposa e com um trabalho pouco valorizado, o trabalho doméstico. Situação essa que coloca a mulher numa posição inferior, onde a percepção de si, dos seus sentimentos, fica no subentendido”.

Entende-se que esta realidade aponta para a existência de uma forte exclusão social, em que uma grande parcela da população está desprovida das condições mínimas para o exercício dos direitos fundamentais que constroem a cidadania contemporânea (Feghali, 2000).

Ao perguntar por que as mulheres morrem por causas associadas à maternidade, vimos que a reflexão vai além das inadequadas estruturas e da deficiência no conhecimento e nas práticas médicas.

A questão remete-nos a uma reflexão maior, considerando que as mulheres que estão morrendo por estes motivos fazem parte de um grupo que não vê reconhecidas na sociedade suas realizações e nem atendidas suas necessidades. Estão, portanto, naquele grupo de mulheres em que as diferenças, as quais estão envolvidas, colocam-nas numa dimensão social muito desigual das demais mulheres que conseguem chegar ao final da gestação. Esta diferença, de

acordo com Saffioti (1994), é o *locus* privilegiado da constituição das relações de poder.

“As mulheres de hoje estão destronando o mito da feminilidade; começam a afirmar concretamente sua independência, mas não é sem dificuldades que conseguem viver integralmente sua condição de ser humano. Educadas por mulheres, no seio de um mundo feminino, seu destino normal é o casamento que ainda as subordina praticamente ao homem; o prestígio viril está longe de se ter apagado: assenta ainda em sólidas bases econômicas e sociais.” (Beauvoir, 1980, p. 7).

Com as palavras: “ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, Beauvoir (1980) afirma que nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma como a mulher se assume na sociedade, sendo o conjunto da civilização que elabora esse produto das relações.

O tornar-se mulher, para a autora, está no terreno dos processos sócio-culturais expresso através das relações sociais. Segundo Saffioti (1992), o tornar-se mulher pressupõe a transição do sexo (biológico) para o gênero (social), sendo necessário incluí-la na esfera dos produtos materiais nos quais, pelos quais e para os quais ocorrem os processos sociais, isto é, relações sociais que permitem aos homens dominar-explorar as mulheres. Constatase, na percepção das autoras, ser a mulher uma construção sócio-cultural.

Para Beauvoir (1980, p. 165), a singularidade da situação da mulher em toda a história da humanidade, permite então falar da mulher como categoria universal, que busca seu espaço para além do doméstico. Anseia por uma vida autônoma e independente das opressões instituídas pelo social. A participação da mulher na vida produtiva e econômica “está mudando profundamente a instituição do casamento: este vem se tornando uma união livremente consentida por suas individualidades autônomas.” Esta situação é difícil de ser alcançada e pode ser conferida através das jornadas excessivas de trabalho, representada pela exploração da mão de obra feminina, em condições de baixa remuneração, pouca segurança, colocando em risco sua saúde.

Outros estudos como o de Franchetto *et al.* (1981) afirmam que a mulher, como construção social, permite questionar e relativizar o caráter absoluto dessa opressão. Nela reside, na verdade, a força política de toda a discussão.

Assim, a submissão secular da identidade social da mulher aparece como um dado arbitrário, acidental, e, portanto, passível de transformação.

Nesta discussão sobre a opressão e subordinação da mulher, como e quando surgiu, existem modos diferentes de pensar que subjugam ao organismo feminino a função reprodutora, o que seria uma das bases sobre a qual se teria construído a subordinação da mulher.

Reed (1980) busca a argumentação da opressão dentro da história com o surgimento da propriedade privada, das classes sociais e do Estado.

"A maioria das mulheres não compreendem que seu problema não existia antes da instauração da sociedade de classes, que desclassificou-as da elevada posição de igualdade que desfrutava, na sociedade primitiva. Muito vagamente se dão conta do fato de que a submissão das mulheres caminha paralelamente com a exploração dos trabalhadores em seu conjunto e com as discriminações praticadas contra os negros e outras minorias." (Reed, 1980, p. 16)

Para Beauvoir (1980), a opressão feminina origina-se do fato da existência da mulher se justificar através do papel social de reprodutora e doméstica, não lhe assegurando igual dignidade.

Na visão de Reed (1980), a função procriadora é o que confere à mulher poder e prestígio, alcançando seu ponto máximo nas atividades socialmente úteis.

Sobre a capacidade da mulher voltada para a maternidade, Chodorow (1991), denominando-a de maternagem, diz que as habilidades de maternar são percebidas pelas mulheres como gratificação, que são construídas ao longo do processo de desenvolvimento no interior da estrutura psíquica.

A realidade mostra que se deve estar ciente que a questão da igualdade/desigualdade é um fenômeno que abrange diferentes domínios da vida humana, e que é construída nas relações entre homens e mulheres revestidos de matizes ideológicos que muitas vezes não tornam claro o seu significado.

No que se refere à diferença como marco desigual entre os indivíduos, Medeiros (2000, p. 301) diz que

"há entre homens e mulheres, apontadas distinções biológicas, psicológicas, de atuação social e de atuação

pública. E essas distinções impõem ora a adoção de providências adequadas, ora a prática de providências específicas, ora a proibição de tratamento discriminatório a partir delas, ora a implementação de providências promotoras da equidade.”

O mesmo autor ainda observa que o recorte de gênero é a possibilidade de desmascarar uma sociedade desigual, preconceituosa, discriminadora, iníqua e injusta. A perspectiva de gênero permite um grande salto qualitativo na discussão da equidade nas políticas públicas, em especial na saúde.

Para Saffioti (1994, p. 271):

“Os sujeitos históricos têm suas relações reguladas pelo gênero. Embora se pensasse superada a fase histórica que a biologia é o destino, surgiu na década de 1980 e continuam ainda hoje de forma assustadora posições essencialistas, vinculando a mulher à natureza e o homem à cultura [...]. O acervo de teorias, acumulado em três decênios e pesquisas feministas, permite a defesa da postura que advoga a construção social do gênero, a fim de se combater a escalada do pensamento conservador, altamente deletério ao avanço das lutas políticas pela igualdade social, desenvolvida por categorias sociais discriminadas.”

E continua Saffioti (1994, p. 271-272):

“Não se trata de buscar qualquer outra igualdade situada fora do campo social, na medida em que isto levaria, inexoravelmente, a uma essência masculina e a uma essência feminina. Tampouco se trata de negar diferenças entre homens e mulheres, o que representaria intolerância, mas de entendê-las como fruto de uma convivência social mediada pela cultura”.

Os estudos são claros em evidenciar uma situação de opressão e submissão que envolve a questão do gênero feminino, manifestando-se em relações antagônicas e discriminatórias.

Massi (1992), falando sobre as origens da dominação da mulher, refere os estudos de Lobo, de 1991, a existência de dois grupos, o de reduzir o problema à necessidade do controle da sexualidade feminina, tendo como eixo a

teoria do patriarcado, e o outro grupo adepto da corrente marxista que reduziu o problema feminino na exploração da força de trabalho para fins de acumulação de capital. E salienta que as dicotomias produção/reprodução, pública/privada se desfazem quando permeiam as relações de gênero que são historicamente situações e diferenciadas nas culturas e sociedades. Esta posição da mulher na sociedade não é produto direto do que elas fazem, mas do significado que as suas atividades adquirem através da interação social concreta.

Vemos que o cotidiano feminino é revestido por situações contraditórias, ao mesmo tempo, em que a mulher assume a função social de senhora do lar e esposa, tendo que ser passiva e dependente dos homens, precisa ser ativa, responsável e independente no cuidado e na educação dos filhos.

A identidade de gênero, que mostra a mulher como mãe e esposa, deixa visível que o papel que a mulher assume socialmente lhe coloca como elo responsável pela integração da família, tanto social como emocionalmente. E que hoje assume funções que vão além do espaço do lar, sempre na tentativa de suprir as necessidades demandadas pela família.

No que concerne a essa situação, Carraro (1998) argumenta que a ampliação de papéis torna-se inevitável, a mulher necessita de toda a sensibilidade inerente ao gênero feminino para vivenciar harmoniosamente as diferentes atribuições destes seus papéis.

Carraro (1998), referindo Taniguchi, fala sobre os problemas referentes à dupla jornada de trabalho, o estresse e as doenças cardiovasculares advindas das conquistas alcançadas pelas mulheres, além dos benefícios.

Diante dessa realidade, por onde se inscreve o cotidiano feminino, a ausência de atenção às múltiplas exigências impostas sobre a mulher acarreta uma sobrecarga física emocional com conseqüências lesivas e danosas a sua saúde.

Berlinguer (1993) comenta que processos revolucionários na política e na cultura e o progresso do conhecimento científico foram dois fenômenos que convergiram na mudança das idéias de subalternidade e inferioridade da raça humana no que se refere ao sexo, etnia e idade. Isto possibilitou o surgimento da consciência ética manifestada nos movimentos anti-coloniais, anti-racistas e o

movimento de mulheres, que buscam o acesso aos direitos e dignidade de populações subjugadas em nome da diversidade racial, de gênero e sexo.

O respeito à pessoa humana, aos seus direitos e a sua dignidade será colocado em prática se for precedido pela compreensão dos valores do outro, reconhecendo que o outro é diferente e pela vontade de superar esta diferença (Guimarães *et al.*, 1997).

A mulher vítima da morte materna está sujeita a um conjunto de fatores, condições sociais, culturais, educacionais e econômicas que a coloca numa condição desigual, que não possibilita o acesso a uma vida digna, para a construção da solidariedade, autonomia e equidade.

3.2 Desvelando o problema morte materna

A morte é a certeza, dentre muitas outras, que o ser humano está fadado a conviver com maior e mais profundidade a sua finitude. Uma certa fantasia de imortalidade se expressa por meio de traçados artísticos, nas descobertas científicas, na crença através das religiões por uma vida além da morte (Matos, 1991).

Entretanto, Carraro (1998) declara que “independente de ser compreendida, antagonizada, projetada, simples ou não, a morte atinge todos os seres humanos, com ou sem permissão de passagem.”

De acordo com Bennett (1995, p. 17), “diante da morte, não há lugar para emoção. A morte está além disso. É necessário viver com a morte. Mas não devemos viver com ela se isso significar ter emoções desagradáveis.”

“A morte sempre foi entendida como o desaparecimento ou cessação da existência humana, mas levando a se pensar o sentido da vida [...]. Na filosofia existencial de Heidegger, a morte é o sinal da finitude e da individualidade humana [...]. A morte se desvela como a possibilidade absolutamente própria, incondicional e intransponível. Contudo, a limitação de nossa existência pela morte é sempre decisiva para nossa compreensão e nossa apreciação da vida.” (Japiassu & Marcondes, 1991, p. 173)

De acordo com Souza (1982, p. 1), a morte tem sido uma das maiores interrogações na história da humanidade. Para a autora, a morte está ligada à vida, enfocada “desde o mais sombrio tom científico, até o iridescente jogo de símbolos e palavras de uma poesia.” Em virtude disto não se deixa de refletir sobre este fenômeno vital.

Para Taui & Lima (1996), a morte, fenômeno inevitável, é inerente a todo ser vivo. Não se coloca, portanto, em discussão a sua eliminação. Porém, estes autores consideram que merece consideração, do ponto de vista ético, a magnitude das mortes provocadas por causas evitáveis.

A morte está, indiscutivelmente, ligada à vida, apesar de serem fenômenos opostos. Tanaka (1995, p. 18), citando Castelazo-Ayala, refere a morte como o “enigma natural da humanidade. Obedecendo a princípios instintivos, todo ser humano, qualquer que seja a índole de suas convicções sociais, filosóficas e culturais, a repudia e em diversos graus a teme.”

E continua dizendo que, nas mortes por causas maternas, este repúdio assume um caráter mais relevante, pois a maior parte destas mortes é evitável, e socialmente determinada, além de ser paradoxal, uma vez que, ao trazer uma nova vida ao mundo, a mulher acaba perdendo sua própria vida.

Assim, os desejos de ver a vida ser gerada estão na intenção latente das mais variadas manifestações dos homens e mulheres. O que já não acontece com as sociedades dos países em desenvolvimento, em que a mortalidade e as lesões associadas com a gestação e o nascimento constituem, como muitos autores a denominam, “uma tragédia” ou ainda uma “epidemia silenciosa”.

Carraro (1998, p. 20) enfatiza que:

“Apesar de a morte estar ligada à vida, embora ainda sejam vistas como fenômenos opostos, aquela tem um significado e uma perspectiva de partida ou de terminalidade. Características temporárias e ou espaciais favorecem a compreensão dessa partida, ou da morte como parte da vida.”

De acordo com a autora, a vida está situada entre dois marcos rituais, quais sejam, o nascimento e a morte.

O nascimento, em grande parte do mundo, tem sido considerado como momento de festa, alegria e de celebração. É um dos momentos da vida que mais

fundo toca. O grande significado desta celebração é a saudação da nova vida trazida na cena do parto, que, segundo Carraro (1998), deveria ser vivenciado como processo natural, pelo qual passa a maioria das mulheres, e que para isso a primazia da assistência é indispensável.

O nascimento é a celebração da vida e da esperança, não um episódio patológico (Verny, 1993). A palavra patológico, conforme Canguilhem (1995), vem de *phatos*, sentimento de sofrimento e de impotência, é um sentimento da vida contrariada, portanto, jamais deve ser usada ao se referir ao nascimento.

Nascer é sinônimo de vida, não é sinônimo de sofrimento, por mais que a tecnologia avance em ritmos acelerados, o nascimento deve representar para a mulher e a família um momento alegre e gratificante, o que dependerá da assistência, dos ensinamentos a ela transmitidos.

“As diversas possibilidades oferecidas à futura mãe devem ser todas, sem exceção, humanas, eficazes, seguras, plenas de significação e apropriadas, [...] a obstetrícia moderna deve ajudar o bebê a nascer através de meios naturais e não pela cirurgia; ela deve tratar a mulher como uma pessoa, não como uma paciente.” (Verny, 1993, p. 121)

Ao mesmo tempo em que nos deparamos com um momento de beleza e alegria vivenciado por muitas mulheres no momento do nascimento, muitas outras vivem este mesmo momento como verdadeira tortura pessoal, podendo levá-las à morte.

3.2.1 O que se entende por morte materna

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças, define a morte materna como

“a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém, não devido a causas acidentais ou incidentais”. (OMS, 1994, p. 143)

Por definição, morte materna é aquela que ocorre devido a complicações da gravidez, parto e puerpério ocorridas até 42 dias após o parto. A utilização de novas tecnologias e novos medicamentos permitiu recuperar muitos casos e até prolongar alguns, o que fez com que as mortes viessem ocorrer após os 42 dias (Laurenti, 1988).

De acordo com o Maternal Mortality Collaborative (CMM), fundado pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia em 1983, o período puerperal de mortalidade materna foi ampliado para 365 dias (Ferreira *et al.*, 1996).

Em investigação realizada no município de São Paulo, verificou-se que 11% das mortes maternas ocorreram após os 42 dias estabelecidos para o puerpério, sendo o tempo máximo observado correspondente a sete meses (Laurenti, 1988). Para o autor, quando a causa for indicativa de complicação da gravidez, do parto e do puerpério, e ocorrer após 42 dias do parto, deve ser considerada morte materna, estendendo este período de até um ano após o parto. No caso de a morte ocorrer após um ano do parto, deve ser considerada como “efeito tardio de morte materna”.

Segundo Pereira (2000a, p. 139), ainda encontram-se, na CID-10, as seguintes definições:

- ***Morte Materna Tardia***

Óbito por causas obstétricas diretas ou indiretas com mais de 42 dias, porém menor de um ano após o término da gravidez.

- ***Morte Relacionada à Gestação***

Óbito enquanto a mulher está grávida ou dentro do período de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte.

- ***Morte Obstétrica Direta***

Aquela resultante de complicações na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos de qualquer das causas acima mencionadas.

- ***Morte Obstétrica Indireta***

Aquela resultante de doenças existentes previamente à gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gestação não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

- **Morte Não Obstétrica**

Chamada por alguns autores como morte não relacionada. É a morte durante a gravidez, parto ou puerpério por causas incidentais ou acidentais, devendo ser relacionados a parte.

A taxa ou coeficiente de mortalidade materna é calculada pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério (no numerador) e o número de nascidos vivos (no denominador) (Laurenti *et al.*, 2000, p. 25).

O termo taxa, conforme a OMS (1994), é usado de maneira incorreta no seu contexto, visto que, na realidade, é uma razão, continua sendo usado como taxa para efeitos de comparabilidade em séries históricas.

Tendo em vista a necessidade de se conhecer o melhor dimensionamento da mortalidade materna, Tanaka (1995) relata vários estudos como os de Laurenti *et al.* (1990), Braga *et al.* (1994). Estudando as mortes de mulheres de 10 a 49 anos, encontraram uma sub-informação de óbitos maternos que comprova a necessidade da realização desse tipo de estudo, que possibilite uma melhor mensuração do problema.

Tomando os dados disponíveis sobre mortalidade materna, pode-se reconhecer que a dimensão do problema se reflete em proporções mundiais.

De acordo com a OMS, estimam-se que todo o ano morram pelo menos 500.000 mulheres durante o ciclo grávido-puerperal, sendo que a quase totalidade das mortes, 99%, ocorre nos países em desenvolvimento. Mais da metade se produz na Ásia Meridional, mais especificamente, na Índia, onde a cada ano morrem 300.000 mulheres por causas maternas. Na África, o total de mortes é de 150.000, com maior predomínio das mortes na África oriental e na ocidental (Royston & Armstrong, 1991).

Já na Europa ocidental e na setentrional, o número de mortes maternas é na ordem de 10 por 100.000 nascidos vivos. As taxas da Europa meridional e da oriental são mais elevadas, é o caso específico da Romênia, devido à presença do aborto, que chega à taxa de 30 por 100.000 nascidos vivos.

Segundo Royston & Armstrong (1991), as taxas da Austrália, Canadá, E.U.A., Japão e Nova Zelândia são semelhantes às da Europa. A Rússia, conforme a OMS, tem uma taxa de 48 por 100.000 nascidos vivos, o que

concluem que a taxa de mortalidade materna, para os países desenvolvidos, está em torno de 30 por 100.000 nascidos vivos. Isto significa que estes países, mesmo com baixa fecundidade, contribuem com 6.000 mortes maternas por ano, o que equivale a 1% do total de mortes maternas no mundo.

Na América Latina, chega a 34.000 mortes, com maior predomínio na América do Sul. As taxas mais altas que se tem registrado estão no Equador, com 220 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos; no Paraguai, com 469 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos; e no Peru, 314 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (Royston & Armstrong, 1991).

No Brasil, nas décadas de 80 e 90, o valor médio estimado situa-se acima de 100, e segundo alguns autores, entre 150 e 200 por 100.000 nascidos vivos, embora os dados oficiais provenientes do sistema de informação sem correção sejam de 54,8 por 100.000 nascidos vivos em 1996 (Brasil, Ministério da Saúde, 1998).

Estudo de Zahr e Royston, em 1991, relatado por Tanaka (1995), mostra a relação do desenvolvimento econômico através do PIB/*per capita*, com as taxas de mortalidade materna, do qual se conclui que nem sempre um PIB/*per capita* alto corresponde a um coeficiente de mortalidade materna baixo. O estudo apresenta ainda, exemplos típicos dessa situação, como os casos do Japão e Cuba. Enquanto no Japão, país com maior PIB/*per capita* de 21.021 US\$, a taxa de mortalidade materna é de 11 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em Cuba, cujo PIB/*per capita* é apenas de 1.170 US\$, a taxa de mortalidade materna é de 39 óbitos por 100.000 nascidos vivos¹.

Conclui-se que não basta somente ter recursos econômicos disponíveis, se não houver prioridade de investimentos nos serviços de saúde, o que bem demonstrou o caso de Cuba², que, comparado com outros países da América Latina, como o Brasil, dispõe de um PIB/*per capita* de 2.160 US\$ e apresenta uma taxa de morte materna de 120 por 100.000 nascidos vivos.

Estudos de Becker e Lechtig mencionados por Albuquerque *et al.* (1998, p. 43) relatam que 15% das mortes femininas no Brasil ocorrem na idade fértil, entre 15 e 49 anos. Observam ainda que, em relação às mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, a região Norte possui índices quase

¹ Os dados são de 1987.

² Os dados são de 1987.

cinco vezes maiores que os da região Sudeste e 2,7 vezes maiores que os do restante do país.

Laurenti (2000) cita estudos como os de Laurenti *et al.* publicados em 1990, os de Massachs, 1995 e de Albuquerque *et al.*, 1997, que consideram que este é um dos indicadores menos exatos quando comparado àqueles referentes à mortalidade por grupos de causas de morte.

Estudos de Puffer e Griffith, segundo Laurenti *et al.* (2000), mostraram que em dez áreas urbanas da América Latina, a maioria das quais capitais, a taxa de mortalidade materna oficial era inexata, sendo inferior à que ocorria na realidade.

Enquanto isso, Peixoto & Souza (2001, p. 1) indicam como limitações para a obtenção da taxa de mortalidade materna a sub-enumeração das mortes maternas, a falta de informações precisas sobre o número de nascidos vivos. Comparações temporais e espaciais podem ser prejudicadas por utilizarem diferentes definições de mortes maternas, tais como o uso da idade fértil para delimitar os óbitos maternos, fixando-a na faixa etária de 15 a 49 anos (em alguns locais, 15 a 44 anos) e 10 a 49 anos para ampliar a faixa da adolescência. As autoras concluem que “as limitações referidas, bem como os números resultantes das diferentes quantificações da mortalidade materna, apontam para a necessidade de pesquisas no sentido de desenvolver metodologia de aperfeiçoamento deste indicador.”

Tanaka (1995) conclui que não é fácil identificar a real magnitude da mortalidade materna, pois os registros utilizados, como os de óbito e nascimento, em boa parte do mundo, exibem falhas.

As informações sobre mortalidade provêm, na sua grande maioria, das Declarações de Óbito (DO) que apresentam falhas no seu preenchimento. Grande parte é irregularmente utilizada, tanto em âmbito internacional como nacional, e preenchida inadequadamente, incompleta, quer pela pouca importância que se dá a este registro, quer pelo desconhecimento de como preenchê-la, ou mesmo para mascarar a verdadeira causa do óbito (Albuquerque *et al.*, 1998).

Quanto à questão da sub-informação do óbito materno, Tanaka (1995) diz que não é um problema novo e nem exclusivo de país subdesenvolvido. Menciona estudo de Ward, de 1981, relatando que, no final do Século XVIII, na Inglaterra, a frequência com que as parteiras omitiam a verdadeira causa do óbito,

para não pôr em risco seu desempenho profissional. Em outro relato de pesquisa realizada em sete estados americanos, foi encontrada uma taxa de 39% de subregistro. A autora conclui que talvez o fato se deva a problemas relacionados a não aceitação do fracasso da assistência médica, principalmente nos casos em que o óbito poderia ter sido evitado. Dessa forma, é comum o não aparecimento das reais causas de morte materna, o que representa, na prática, o aparecimento de um grande número de causas registradas como mal definidas.

3.3 A magnitude da mortalidade materna

A mortalidade materna, para Laurenti *et al.* (2000), é vista e considerada por muitos pesquisadores como um bom indicador da saúde feminina. Os seus níveis atuam como um estimador de iniquidades na medida em que revela as disparidades existentes entre áreas ou regiões com diferentes graus de desenvolvimento. Os mesmos autores constataam que, apesar deste fato, sua mensuração, por vários fatores, poucas vezes reflete a real magnitude.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o United Nations International Children's (UNICEF), ao comentar sobre o que representa a mortalidade materna para a saúde da mulher, enfatizam sobre a necessidade de informações a respeito dos níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima de riscos na gravidez e no parto, mas pelo que ela significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu *status* social e econômico (WHO & UNICEF, 1996).

Melhorar as condições de vida da população exposta deve ser prioridade dos governos e dirigentes, sendo que também é necessária a quantificação da morte de mulheres por causas maternas.

Rendón *et al.* (1993), em seus estudos, sugerem três possíveis causas da indiferença por parte de muitos governos frente ao problema da mortalidade materna.

Primeiro, aponta para o problema da magnitude da mortalidade materna, que em muitos países não se conhece devido ao fato da inexistência dos dados, segundo pela subestimação dos mesmos, e terceiro a baixa posição social e discriminada que ocupa a mulher nos países com altos índices de

mortalidade materna. O que foi confirmado pelo estudo de Bobadilla *et al.* (1992), no distrito federal do México, onde a magnitude e as causas de mortalidade materna mostram um perfil semelhante a de uma população pobre e desassistida que ainda não superou as deficiências do subdesenvolvimento.

Segundo Laurenti (1988), para que se tenha uma melhor quantificação dos óbitos maternos, é preciso considerar que o atestado de óbito, de onde se retiram as informações sobre a ocorrência do óbito materno, este cumpre uma função eminentemente legal e que a produção de estatísticas confiáveis será possível após investigações especiais, como entrevistas domiciliares, a médicos, hospitais e outros. Conforme Laurenti (1988), para São Paulo, ficou comprovado que a investigação foi um método bom para avaliar a verdadeira magnitude da mortalidade materna.

As dificuldades em relação à quantificação da mortalidade materna, de acordo com Soares *et al.* (1997), começam na interpretação dos atestados de óbito, em que o preenchimento, na maior parte destes, não tem o devido cuidado, sendo tratados como mera ocorrência formal, e que a negligência dos profissionais, no preenchimento dos atestados, falseia os resultados oficiais.

No estudo do México realizado por Bobadilla *et al.* (1992) o nível de subestimação dos óbitos maternos foi de 45%. Já no município de Campinas, segundo Faúndes *et al.* (1987), apenas 40,4% das mortes maternas estavam devidamente registradas nos órgãos oficiais.

No estudo retrospectivo realizado por Souza (1982) sobre mortalidade materna em maternidades e hospitais gerais de Florianópolis, encontraram-se 18,2% de preenchimento inadequado dos atestados de óbito.

Para Tanaka (1995), o coeficiente de mortalidade materna brasileiro é, seguramente, mais elevado do que mostram as estatísticas oficiais, pois somente 75% dos municípios da federação enviam regularmente as declarações de óbito ao Ministério da Saúde para serem tabuladas.

Um outro fato que eleva consideravelmente o percentual de subregistro é a existência dos cemitérios clandestinos, que, segundo Soares *et al.* (1997), no Paraná, pesquisa realizada por Joaquim & Braga mostrou que o número deste tipo de cemitério é quatro vezes maior ao número dos cemitérios oficiais.

Conforme Bobadilla *et al.* (1992), a subestimação da mortalidade materna se dá primordialmente pelo preenchimento incorreto das declarações de

óbito e pelos erros na codificação da causa de morte. Assim como no estudo de Laurenti (1988), no estudo de Bobadilla *et al.* (1992), ambos comprovam a importância da investigação na família e no hospital, para a confirmação do óbito como sendo materno. Os estudos concluem que a subestimação da mortalidade materna está associada intimamente ao conhecimento que o profissional médico tem sobre a certificação das causas de morte.

O subregistro e a subestimação dos óbitos maternos não refletem a realidade por não estarem claramente evidenciados nas estatísticas oficiais. Primeiro, porque os profissionais médicos não registram como sendo óbito materno e, segundo, porque o erro no número dos registros oficiais de nascimento é grande o que altera os resultados dos índices.

Siqueira *et al.* (1991) afirma que a ocorrência do subregistro de dados de mortes maternas está presente também nos países desenvolvidos. E para Rendón *et al.* (1993), a subestimação dos dados de mortalidade materna está em torno de 37% nos países desenvolvidos e 70% nos países subdesenvolvidos.

Faúndes *et al.* (1987, p. 27) mencionam que “o problema do subregistro não é problema exclusivo do subdesenvolvimento”. Países desenvolvidos, com sistemas de saúde bem estruturados, enfrentam situações pouco diferentes a do Brasil. Nos Estados Unidos e na França, a porcentagem de registro oficial de óbitos maternos varia de 46 a 85% do real. De acordo com estudos de Bouvier-Colle *et al.* (1991), mesmo nos países onde há boa cobertura dos registros de morte, a subinformação das mortes maternas é presente, isso devido à declaração inexata da causa nos atestados de óbito. Atribuiu-se aos países desenvolvidos um fator de correção de 1.5 multiplicado aos dados de mortes maternas registrados, com o objetivo de informar os verdadeiros dados sobre morte materna (WHO & UNICEF, 1995, 1996). O fator aplicado é baseado no resultado de alguns trabalhos de Bouvier-Colle *et al.* (1991). Entretanto, Laurenti (2000, p. 26) refere que “é difícil utilizar um mesmo fator para representar diferentes regiões dentro de um mesmo país, dada a variabilidade que as mesmas podem apresentar.”

No Brasil, pode-se afirmar que o sistema de informação de mortalidade, na sua grande maioria, é adequado, e que, segundo fontes do Ministério da Saúde, 1998, a subenumeração de óbitos não excede a 20%. E que a cobertura dessa informação é boa nas capitais e cidades de médio e grande

porte, com algumas exceções em áreas menos populosas das regiões Norte e Nordeste do país (Laurenti, 2000).

Para Rendón *et al.* (1993), um dos obstáculos que impedem uma boa intervenção na área da saúde materna é a falta de dados fidedignos sobre os fatores que influem na mortalidade materna. E que esses obstáculos poderiam eliminar-se em grande parte se fossem realizadas investigações para identificar e registrar as mortes maternas, suas causas, desenhando e avaliando intervenções de amplo alcance.

Em estudo recente realizado por Laurenti *et al.* (2000), avaliando a variável da Declaração de Óbitos (D.O.) referente à presença da gravidez no momento da morte ou nos doze meses anteriores à mesma, constatou-se um grande percentual, da maioria das respostas respondidas, como “ignorado”, o que mostrava a má qualidade do preenchimento da D.O pelos médicos, quanto à resposta relativa à presença da gravidez. Conforme autores, isso decorre por dois motivos: primeiro, o descaso e a negligência por parte do profissional e, uma segundo, seria a não compreensão do item devido este não estar bem descrito ou mal instruído no Manual de Preenchimento de Declaração de Óbito.

Um outro estudo realizado pelo Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, USP, em mulheres de idade fértil, pode identificar, através da visita às famílias e entrevistas aos médicos, as causas básicas associadas de morte e comparar com as declarações constantes nos atestados de óbitos. Desse trabalho, verificou-se que as causas maternas, quando responsáveis por mortes de mulheres, são as mais mal declaradas nos atestados de óbito.

Concluíram os pesquisadores que o fato das mortes maternas não serem devidamente preenchidas nos atestados de óbito, há necessidade da realização de algum tipo de investigação especial para sua análise em uma determinada área.

Para Laurenti (1988), a realização de investigação para análise do óbito materno deverá sempre ser de todas as mortes de mulheres em idade fértil, ou seja, àquelas de 10 a 49 anos e não apenas às que são declaradas como morte materna.

O fato é comprovado mediante investigações realizadas no município de São Paulo onde os coeficientes de morte materna baseados nos dados

informados nos atestados de óbito de morte materna declarada foram de 44,5 por 100.000 nascidos vivos após investigação dos óbitos das mulheres em idade fértil, esse valor subiu para 99,6 por 100.000 nascidos vivos.

Outros fatores relacionados às dificuldades para dimensionar a magnitude da morte materna são considerados por Souza (1982) e Faúndes *et al.* (1987). Um deles se refere à diversidade na conceituação sobre o que se considera morte materna.

Souza (1982, p. 9) afirma que

“no conceito de morte materna, observam-se pontos de discordância, uma vez que alguns autores não incluem óbitos por aborto, outros consideram somente os óbitos por doenças do aparelho genital feminino e, ainda outros, estabelecem um período de tempo pós-parto em que ocorre o óbito para considerá-lo materno, a exemplo dos que delimitam ao período de puerpério, entendido este como o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré gravídicas, sem quantificação de dias ou aqueles que o quantificam em 42 dias, 90 dias, 2 meses, 6 meses ou 12 meses, dependendo do lugar.”

Segundo Faúndes *et al.* (1987) além da diversidade na conceituação da morte materna, apesar de já definida pela OMS, também a utilização por alguns autores, do número total de nascimentos, em lugar do número de nascidos vivos, como recomendado para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), tornam mais difícil a comparação dos dados.

Já para Laurenti & Ferreira (1995), a inclusão das definições de morte materna tardia e morte relacionada com a gravidez na 10ª Revisão da Classificação de Doenças, ocorreu com o intuito de melhorar a qualidade dos dados sobre morte materna e possibilitar métodos alternativos para a coleta de dados sobre mortes ocorridas durante a gestação ou relacionadas a ela, bem como incentivar o registro dos óbitos por causas obstétricas ocorridas após os 42 dias do término da gestação.

Para os países da América Latina e Caribe, as mortes por aborto e por complicações da gravidez, parto e puerpério constituem um problema social e de saúde de profunda relevância. Continuam figurando entre as primeiras dez causas de morte das mulheres em idade fértil – segundo a OPS – em 23 países

da região das Américas, países nos quais habitam mais de 98% da população da mesma (Mora & Yunes, 1993).

No comportamento da morte materna, as variações da magnitude presentes nos países da América Latina e Caribe podem relacionar-se com vários fatores: sociais, econômicos e culturais, fatores relacionados com a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população feminina em idade de procriar e a disponibilidade de recursos para prevenção e tratamento das morbidades da gravidez, do parto e do puerpério. De acordo com esses fatores, estudaram-se a magnitude, tendência e estrutura da mortalidade materna com indicadores de saúde de cada um dos países, como pode ser observado na tabela 2.

TABELA 1 – Indicadores relacionados com a saúde materna em países da região da América Latina e do Caribe entre os anos de 1985-1988.

Grupo de países	Mortalidade materna (100.000 nascidos vivos)	Fecun- didade global	% de pobreza	% Alfabe- tização	% População urbana	Cobertura de serviços (%)		
						Uso de anti- conceptivos	Atenção pré-natal	Atenção no parto
Grupo 1								
Bolívia	332	5,9	-	78	51	30	50	38
Equador	160	4,1	5,3	86	56	44	53	56
El Salvador	148	4,7	26	73	44	47	34	50
Guatemala	104	5,6	34	55	39	23	34	22
Haiti	230	4,9	73	53	28	10	-	20
Honduras	117	5,2	51	74	44	35	66	26
Nicarágua	103	5,3	20	-	60	27	92	73
Paraguai	270	4,5	35	90	47	45	-	22
Peru	303	3,8	65	86	70	46	61	49
República Dominicana	100	3,5	44	84	60	50	52	52
Grupo 2								
Brasil	140	3,3	-	82	75	66	70	70
Colômbia	100	3	51	87	40	66	76	75
Guyana	60	-	-	-	35	31	33	90
Jamaica	115	2,5	40	99	52	51	95	82
México	82	3,3	-	88	73	53	62	77
Venezuela	58,7	3,6	-	94	90	49	31	97
Grupo 3								
Argentina	69	2,9	-	96	86	-	-	93
Bahamas	21	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	26	3,1	14	93	47	70	90	93
Cuba	26,1	1,9	-	94	75	-	98	100
Chile	48	2,7	16	94	86	43	-	98
Panamá	60	3	26	88	53	58	89	96
Suriname	-	-	-	-	48	-	-	-
Trinidad y Tobago	80	2,8	20	-	69	53	-	-
Uruguai	26	2,4	11	97	85	-	-	96
Grupo 4								
Canadá	4	1,7	-	-	77	73	-	-
Estados Unidos	9,6	1,8	13	99	75	74	-	-

Fonte: Mora y Yunes, 1993, p. 76.

Na cobertura da atenção materna, o pré-natal não supera a 50% das mulheres grávidas em quatro países da região, em nove países, a cobertura é de 50 a 90% e, em quatro, supera a 90%. Quanto à atenção ao parto, em três países, nos quais se concentram 60% do total da população da América Latina e Caribe, a cobertura institucional do parto varia de 70 a 80% (Mora & Yunes, 1993).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade materna apresenta-se com o seguinte comportamento no período de 1980-98, como pode ser observado na tabela 3.

TABELA 2 – Coeficientes de Mortalidade Materna (CMM) no Brasil no período de 1980 a 1996.

Ano	Nº de óbitos	Estimativa de nascidos vivos	TMM
1980	2551	3702706	68.90
1981	2540	3721223	68.26
1982	2293	3727702	61.51
1983	2118	3732631	56.74
1984	1962	3734708	52.53
1985	1892	3721790	50.84
1986	1814	3667950	49.46
1987	1912	3610137	52.96
1988	1759	3550012	49.55
1989	1670	3490780	47.84
1990	1633	3424621	47.68
1991	1511	3438062	44.2
1992	1529	3427590	44.6
1993	1641	3423632	47.9
1994	1654	3423413	48.3
1995	1635	3430089	47.7
1996	1465	3446334	42.5
1997	1787	3465852	51.6
1998*	1359	1998664	68.0

* No ano de 1998, estão computadas as Unidades da Federação que apresentaram cobertura média próxima ou superior a 90% nos óbitos do grupo feminino de 10 a 59 anos de idade, informados pelo SIM em relação às estimativas do IBGE, e igual cobertura dos nascidos vivos apurados pelo SINASC.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2001, p. 1.

Já em Santa Catarina, o comportamento do coeficiente de mortalidade materna é mostrado pelo estudo de Peixoto & Souza (2001) que analisam a mortalidade materna numa série histórica de 1980-98. Utilizam-se de um fator de

correção de 2,04 com o objetivo de eliminar efeitos da subnotificação dos óbitos maternos.

TABELA 3 – Coeficientes de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), oficial e corrigido, Santa Catarina, 1980-1998.

ANOS	NASCIDOS VIVOS		ÓBITOS MATERNOS		CMM/100.000 N.V.	
	OFICIAL	CORRIGIDO	OFICIAL	CORRIGIDO	OFICIAL	CORRIGIDO
1980	95446	106422	40	82	41,91	76,68
1981	99926	111417	35	71	35,03	64,08
1982	104112	116085	26	53	24,97	45,69
1983	97308	108498	45	92	46,24	84,61
1984	93664	104435	37	75	39,50	72,27
1985	96572	107678	40	82	41,42	75,78
1986	95994	107033	29	59	30,21	55,27
1987	100667	112244	56	114	55,63	101,78
1988	100841	112438	37	75	36,69	67,13
1989	97098	108264	33	67	33,99	62,18
1990	93310	104041	26	53	27,86	50,98
1991	93118	103827	42	86	45,10	82,52
1992	88896	99119	31	63	34,87	63,80
1993	90623	101045	46	94	50,76	92,87
1994	93453	104200	29	59	31,03	56,78
1995	90537	100949	27	55	29,82	54,48
1996	100088	-	41	84	40,96	83,57
1997	96818	-	42	86	43,38	88,50
1998	95121	-	38	78	39,95	81,50

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2001.

Óbitos: SIM/GEINF/SES. Nascidos Vivos: 1980-95: Estatísticas do Registro Civil – IBGE; 1996-98: SINASC.

Souza (1982, p. 5), ao comentar sobre o fenômeno morte materna e sua tendência ao não declínio, enfatiza que são grandes as diferenças na frequência e que estas diferem de um país a outro, considerando-se algumas variáveis significativas como: as diferenças sócio-econômicas, o acesso aos serviços médicos, o estado de saúde da população, o sistema de obtenção e registro de dados, a demanda e a qualidade dos profissionais que trabalham na área materno-infantil, a forma de Governo, o papel social atribuído à mulher e os conceitos de morte e vida. Para a autora, é “fundamental, na abordagem da frequência da mortalidade materna, primeiramente, conceituá-la, pois a visão diversificada que se pode apreender no conceito de morte é perfeitamente aplicável à interpretação e análise”. Referindo-se aos conceitos de morte materna,

Souza (1982, p. 9) ainda afirma que, “dependendo do conceito adotado, o fenômeno pode ser visualizado com maior ou menor abrangência e caracterizado pela ocorrência que permite verificar como se comporta a morte materna em determinada população”.

4 UM OLHAR A PARTIR DA BIOÉTICA

“... sempre existiram princípios-guia mutáveis segundo as épocas, na base dos comportamentos cotidianos de qualquer um em relação a muitos aspectos da vida ...”

(Berlinguer, 1993, p. 20)

4.1 O que é bioética

Para Berlinguer (1996, p. 15):

“A humanidade dispõe tanto de conhecimentos como de recursos produtivos aptos a vencer flagelos que sempre acompanharam nossa espécie, como a fome e muitas das doenças mais letais [...]; mas não consegue eliminá-los (e nem sequer tenta), sobretudo nas áreas mais populosas do mundo. Como o sacrifício de valores, entre os quais a própria vida, é medido em relação às possibilidades, podemos dizer que nossa época é a que viu na história tanto os maiores progressos como o maior número de vítimas evitáveis.”

Diante da abrangência de problemas vitais na humanidade, da imobilidade e apatia presente hoje na sociedade para solucioná-los, é pertinente a reflexão ética sobre mortalidade materna, numa ótica de elucidar os limites entre a ciência e a vida.

Está cada vez mais aguçada e premente a consciência de que profissionais, dirigentes, empresários, colaboradores, homens, mulheres com as mais diversas atividades e ocupações se deparam com situações cotidianas que envolvem decisões sobre a vida e morte.

Com isto, abre-se o grande arsenal para a reflexão das complexas preocupações de ordem moral existentes no campo das ciências naturais e ciências humanas.

A reflexão ética passa pela compreensão de indagações sobre o que se considera moralmente correto; discute como agir corretamente para o bem, baseado em quais princípios, dirigidos por quais objetivos, e métodos.

Daí a compreensão de onde nasceu o novo campo da filosofia moral, a bioética, que veio dar uma dinâmica diferente à ética. Ela nasce das preocupações que envolvem o desenvolvimento da ciência e da tecnologia no campo biológico e médico, no que diz respeito às situações às quais Berlinguer (1996) denominou de “zonas de fronteira”, como é o nascimento, a morte e a doença.

Segundo Berlinguer (1993, p. 19), “o termo bioética se refere, freqüentemente, aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas”.

Para a International Association of Bioethics (IAB) “a bioética é o estudo dos aspectos éticos, sociais, legais, filosóficos e outros aspectos afins inerentes à assistência médica e às ciências biológicas.” (Campbell, 2000, p. 27)

Na visão de Campbell (2000, p. 27), a bioética precisa preocupar-se em criticar o “triunfalismo científico que imagina que todo progresso científico deve ser pelo bem humano, embora, na melhor das hipóteses, a evidência possa ser ambígua.”

Garrafa (2000) também faz menção a esse triunfalismo das novas conquistas, que não pode desestabilizar o frágil equilíbrio das relações de homens e mulheres com a natureza que as duras penas tentam mantê-lo, apesar dos desequilíbrios e injustiças sociais.

Conforme Marques (1996), o grande desafio para a bioética é inserir-se no processo de formulação de políticas de governo e no planejamento estratégico, a partir de avaliações tecnológicas, visando determinar as possíveis influências sobre a prática médica, sobre os serviços de saúde e sobre a sociedade.

Guiando-se pelo desafio de ver na ética contemporânea as providências para um padrão moral comum, a solução das controvérsias provenientes do uso das altas tecnologias e das situações limites do cotidiano, a bioética nasce como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais (Clotet, 1993).

Ao falar sobre a concepção de ética, Clotet (1993) comenta que cultura, liberdade, respeito e diálogo são valores que aperfeiçoam a quem os possui ou que se esforça por alcançá-los, quer na vida individual, quer na coletiva.

Para Gracia (1989), é preciso contar com alguns princípios que ajudem os profissionais a decidir e agir corretamente, pois a ciência, embora sendo a grande esperança, se apresenta também como uma grande ameaça para a vida humana. Cabe à sociedade e aos responsáveis pelo exercício do poder conhecer e assumir os compromissos pertinentes ao bom uso da ciência a serviço da saúde e bem-estar da humanidade.

De acordo com este autor, a bioética pode ser abordada como um sistema formal de regras, cuja utilização apresenta problemas descendentes (de aplicação aos casos concretos) e ascendentes (de fundamentação em normas mais genéricas ou “de segunda ordem”, normas para escolher entre normas). Pode-se também combinar as considerações de princípio com as teleológicas ou de conseqüências: quando os princípios colidem entre si, busca-se, entre eles, aquela escolha que proporcione o maior benefício (ou represente o menor custo) em termos de conseqüências.

Garrafa (2000), ao falar sobre bioética, salienta que sua realização se dá através de uma ação multidisciplinar que inclua além das ciências médicas e biológicas, também a filosofia, o direito, a antropologia, a ciência política, a sociologia e a economia.

A visão ampliada da bioética estaria voltada para a sensibilização mais profunda da consciência individual e coletiva relacionada às condições indispensáveis ao desenvolvimento do ser humano.

O que esperar e almejar para o homem tecnológico, que se depara cotidianamente com conflitos excludentes, como a mortalidade materna?

É nos anos 60 que surge nos estados Unidos e na Europa o súbito interesse pela ética aplicada. Daí nascem três novas disciplinas, que é a ética ambiental, a ética dos negócios e a bioética.

Mas foi somente em 1971 que a bioética tornou-se internacionalmente conhecida através da publicação “*Bioethics: a Bridge to the Future*” do cancerologista americano Van Rensselaer Potter. Sua visão inicial sobre bioética era mais global e relacionada com a preservação do homem e o ecossistema.

Nas décadas de 70 e 80, a expressão: bioética foi utilizada simultaneamente ao desenvolvimento da biotecnologia e suas aplicações na medicina, expressando um vasto campo de interesses nessa área e reflexões sobre os códigos médicos e as atividades dos médicos, abordando a bioética além do limitado domínio profissional. A partir de então, desenvolve-se um tema interdisciplinar referente à ética da prática médica sob a perspectiva de várias disciplinas, incluindo filosofia, teologia, sociologia e direito. Nos anos 90, os temas da ética ambiental ganhariam destaque, principalmente com as discussões em torno da Convenção da Biodiversidade.

Assim a bioética ampliou seu espectro muito além dos limites tradicionais que tratam dos problemas deontológicos decorrentes das relações entre os profissionais de saúde com seus pacientes. A ampliação da bioética inclui, dessa forma, preocupações com a saúde humana de forma integral, no sentido de confrontar-se primeiramente com as causas das doenças. Sabe-se que os determinantes dos maiores problemas de saúde estão relacionados com a pobreza e a precariedade do ambiente social, portanto, a bioética está inevitavelmente envolvida em questões sociais e políticas, preocupada com as tendências das sociedades industrializadas em aumentar a defasagem entre a saúde dos diferentes grupos sociais.

Segundo Garrafa (1999), a conceituação da jovem bioética está em constante evolução, especialmente no que refere aos aspectos experimentais e emergentes, e que ela não se limita à moral do bem e do mal nem a um saber transmitido e aplicado diretamente na realidade concreta, como a medicina e a biologia.

Todavia, o retorno da filosofia prática sob a forma da ética aplicada à vida concreta não significa o abandono das questões morais clássicas, mas a relativização das abordagens filosóficas da moral e a relevância do problema do agir moralmente justo. Conclui Garrafa (2000, p. 7) que “o problema do bem/mal torna-se uma competência crítico-normativa por parte da filosofia, com relação aos problemas do agir pessoal, social, político e público.” Várias são hoje as situações nas quais a filosofia mostra sua capacidade para caminhar na evolução do ir além do bem/mal. Muitos parâmetros considerados normais passam a ser questionados, requerendo novos princípios éticos que dêem suporte à sociedade no estabelecimento da harmonia e da ordem da nova realidade.

São inúmeros os exemplos ocorridos no campo da saúde. Nos deteremos na saúde pública, que tem relação direta com o estudo em questão. Um dos grandes problemas nessa área está voltado para a alocação e distribuição dos recursos financeiros, que, para Garrafa (2000), são indispensáveis para a realização de projetos que visem a melhoria de vida de uma grande maioria da população e que freqüentemente são desviados por políticos ou técnicos para outras atividades que não as priorizadas pelos projetos.

Neste sentido, Faleiros (1997) afirma que a questão da alocação de recursos financeiros não pode ser naturalizada, apenas de um ângulo estático, mas se inscreve em um movimento relacional complexo, envolvido pelos indivíduos no seu processo histórico cultural e político.

Questões sanitárias como o acesso dos indivíduos ao uso do desenvolvimento científico e tecnológico, a alocação e distribuição dos recursos financeiros dizem respeito à ética da responsabilidade pública do Estado frente aos cidadãos.

Schramm & Escosteguy (2000) enfatizam que é essencial a discussão referente ao enfoque público da bioética, pois o que se assiste nos países subdesenvolvidos é um desmantelamento das proteções sociais, agudizando as situações de conflito, impondo sobre os indivíduos modelos e valores como a competitividade ao invés da solidariedade. Isto leva a crer que os dilemas do cotidiano entre os desprovidos estarão numa razão direta de prioridade dos princípios morais.

Acredita-se que a reflexão sobre a ética da responsabilidade com o futuro está na esfera do agir de cada indivíduo. E que é através da reflexão sobre a ética do cotidiano que se fará despertar a consciência e o progresso moral, capaz de prever as possíveis conseqüências futuras desse agir a sociedade.

Já para Siqueira (2000), a sociedade moderna caracteriza-se a cada dia que passa como uma complexa realidade social, levando a um crescente desequilíbrio entre o número de conflitos e a ausência de soluções.

A bioética surge no sentido de contribuir na busca de respostas equilibradas para a solução desses conflitos (Garrafa, 2000).

Por que não ler nas entrelinhas de um óbito de mulher em idade fértil, por causa materna, a falta de uma ética aplicada à assistência das mulheres que estão envolvidas no processo da gestação?

Outra questão sanitária que tem ligação direta com o estudo é a equidade na assistência médica, que visualiza, no campo da ética, como proceder para a conquista do consenso ético-social num modelo de prática que considere a vida, levando a uma assistência digna, humana e fundamentada na justiça distributiva.

Será que os profissionais de saúde consideram o valor que existe nessa assistência à mulher grávida que procura o serviço não por estar doente, mas porque quer ter a possibilidade de finalizar o processo gestacional com êxito e plenitude?

Ao abordar sobre modelos de prática médica, Berlinguer (1996, p. 57) diz que há um enfraquecimento dos valores humanos no que se refere à relação da prática da medicina e à análise dos problemas éticos e “que a medicina nunca teve tantos êxitos como em nossa época e nunca atraiu tantas suspeitas e críticas como hoje”. Ao comentar sobre a relação médico-paciente, Berlinguer afirma que mais que ser objeto de conhecimentos gerais e particulares, o doente é primeiramente um sujeito e, como tal, não pode ser predeterminado por outros.

Neste sentido, Berlinguer (1996) deixa claro como deve ser a relação em que o paciente não se sinta anulado como sujeito, e que a comunicação e o agir do profissional, como um ser capaz de refletir sobre o problema que aflige o paciente, devem considerá-lo como um ser singular e único.

Sendo assim, para o mesmo autor, a medicina é o “ser arte” no sentido da valorização do sujeito como tal, não reduzindo a promoção e recuperação da saúde como uma atividade estritamente técnica, que pode levar ao uso de terapêuticas supérfluas, priorizando-as em lugar dos serviços essenciais, o que pode colocar em risco a vida dos pacientes mais que a própria doença. Considerando, então, a medicina arte e ciência, ela mantém influência e prestígio pelos benefícios que traz ao paciente e à coletividade.

Que benefícios a medicina como “arte e ciência” trouxe à mulher vítima da morte materna e sua família?

Quanto ao sentido de ser arte e ciência, Garrafa (2000) refere que, se a medicina não pode ser ética, mas que a utilização dela e seus benefícios o sejam para toda a coletividade.

No panorama assistencial, a visibilidade é de uma medicina clientelista, os pacientes são atendidos segundo os diferentes tipos de seguros de assistência médica. Isto significa que aqueles que podem pagar terão acesso a toda tecnologia disponível, outros pouco ou nada receberão, o que, para Siqueira (2000), os cuidados com a saúde não podem ficar sujeitos à variação das leis de mercado, pois a saúde é um bem fundamental e, para isso, o acesso aos cuidados com a saúde deve ser universal. De acordo com o autor, o que se precisa hoje é viver a “ética da realização”, que é valorizar o indivíduo como sendo a única unidade de medida válida para o processo de formação de valores e atitudes.

Conforme Berlinguer (1996, p. 68), “uma coisa é considerar que a saúde pode ser positivamente influenciada pelo mercado, outra é vê-la como sua variável dependente, isto é, afirmar que o mercado é o único valor e a saúde será uma consequência desse reconhecimento”.

Berlinguer (1996, p. 69-70) diz que, para Relman,

“... os valores de mercado estão alterando o contrato social e a ética em que se baseou a medicina no passado [...] até agora quase todos os cidadãos consideravam a assistência médica um bem social, não uma mercadoria, e os médicos agiam como se estivessem de acordo [...]. Hoje, se a maioria dos médicos tornarem-se empresários e os hospitais em balcões de negócios, os pacientes que pagam receberão mais tratamento e os pobres menos.”

Segundo Berlinguer (1996), a tendência dos médicos, em situações assim, é refugiar-se no Código Hipocrático que parece ser cada vez mais contrário à prática cotidiana.

A crescente incorporação das novas tecnologias e as novas demandas sociais de saúde forçaram uma mudança nas práticas médicas. Tal situação tem suscitado ampla discussão em torno de problemas de ética prática que não mais encontram respostas no modelo ético hipocrático.

A medicina foi a primeira profissão laica a nascer dotada concomitante de um corpo doutrinal e um código de ética, o que lhe assegurou por longo tempo

ser a única técnica capaz de influir de modo direto sobre os aspectos da vida humana individual.

Foi na ética médica que surgiram dois princípios da bioética: a beneficência e não maleficência. Eles vêm do código hipocrático e significam, no primeiro caso, o agir em benefício do paciente e, no segundo, não fazer o mal, isto é, não prejudicá-lo.

Kipper & Clotet (1998) argumentam que não causar prejuízo ou dano foi a primeira grande norma da conduta eticamente correta dos profissionais de medicina e do cuidado da saúde.

Agir bem, agir de forma correta ou o ser bom são todas formas da ética prática.

Ser um bom profissional é, antes de mais nada, saber assistir o paciente de forma a interagir com ele, ou seja, tratá-lo dignamente no seu corpo, respeitando seus valores, crenças e desejos. Os profissionais de saúde não poderiam agir única e exclusivamente pelo juízo técnico, mas também pelo juízo moral.

Deixaríamos que uma mulher perca a vida e de seu filho quando deseja tê-lo?

Na situação concreta de morte materna evitável, parece que o princípio lesado é o da não maleficência.

Ter a disposição de saber o que é bom e levá-lo à prática é possuir a virtude a qual Aristóteles denominou de *Phronesis* e que os autores latinos traduziram por Prudência (Kipper & Clotet, 1998).

Para Kipper & Clotet (1998), a prudência pauta o agir pelo princípio da busca do que é bom e pela recusa do que é mal. É a virtude que vai ao encontro dos meios certos para um bom resultado. A prática do profissional de saúde deve estar pautada no juízo de caráter moral e no juízo clínico, que compreendem a prudência que o profissional deve ter, isto é, o modo de agir ético mediante a busca do bem ao paciente. E isso requer o respeito a sua dignidade, o reconhecimento dos seus valores e sentimentos morais e religiosos.

A aplicação dos princípios da beneficência e não-maleficência é o resultado da *Phronesis* ou Prudência, que sempre deveria acompanhar toda atividade e decisão do profissional de saúde.

4.2 Classificação da bioética

Segundo Berlinguer (1993), a bioética é classificada como **bioética de fronteira ou das situações limites**, que trata dos temas que emergem a partir do desenvolvimento da biomedicina como: DNA recombinante, a sobrevivência prolongada, a fecundação artificial, a hibridação interespécies, o aborto. Já a **bioética cotidiana** busca discutir as questões morais que guiam as escolhas feitas na vida material de cada dia.

De acordo com Garrafa (2000), a bioética pode ser classificada a partir de dois grandes campos de atuação: a **bioética das situações emergentes** e a **bioética das situações persistentes**.

A bioética das situações persistentes é aquela que analisa os temas cotidianos que se referem à vida das pessoas e que persistem teimosamente desde o Velho Testamento: a exclusão social, o aborto, a eutanásia, as discriminações de gênero, raça e outros, o tema da equidade, da universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde, os direitos humanos e a democracia. Ao passo que a bioética das situações emergentes, ele define como sendo a que se ocupa dos conflitos originados pela contradição verificada entre o progresso biomédico desenfreado dos últimos anos e os limites ou fronteiras da cidadania e dos direitos humanos, como as fecundações assistidas, as doações e transplantes de órgãos e tecidos, o engenhamento genético de animais e da própria espécie humana, temas da saúde reprodutiva e inúmeras outras situações.

Além das classificações anteriores a bioética apresenta uma outra classificação, que é a **bioética do princípalismo**, muito utilizada pelas correntes tradicionais da bioética e já comentada anteriormente.

Segundo Garrafa (2000), autores adeptos ao princípalismo classificam a bioética no campo dos princípios e no campo das virtudes, esta última relacionada a outros tópicos como a solidariedade, prudência, bondade, humildade e tolerância.

Conforme a classificação da bioética da vida cotidiana, o fenômeno mortalidade materna é uma das situações persistentes estando no rol dos “indicadores de desequilíbrio social”, denominação usada por Garrafa (2000) para

caracterizar problemas presentes nos países pobres e “periféricos” causadores de conflitos que levam a paradoxos éticos insustentáveis.

Países periféricos, para Garrafa (2000), são aqueles onde a maioria da população continua lutando pelas condições mínimas de dignidade e sobrevivência.

Muito se tem descoberto sobre o processo reprodutivo da mulher, suas implicações com o novo papel social, mas a falta de resposta à questão do por que ainda ocorrem hoje as mortes maternas, após descobertas científicas que impediram mortes que dizimavam populações nos séculos passados, ainda persistem como uma situação paradoxal frente ao que é apresentado pelo contexto biotecnológico: mulheres morrem por motivos ligados à gravidez, parto e puerpério. Mortes essas que instigam que se faça um estudo cujo o embasamento teórico esteja sustentado na bioética, que possibilite um outro olhar para a compreensão do fenômeno da mortalidade materna e uma nova forma de visualizar uma realidade presente num mundo que desconsidera os limites da ética da equidade e da solidariedade.

Ao se falar sobre mortalidade materna, está-se falando sobre as incapacidades que as mulheres enfrentam no exercício da sua saúde reprodutiva. Garrafa (2000), referindo-se à interface da bioética e saúde reprodutiva, traz o princípio da responsabilidade, ao invés de normas e proibições. E que a essência da bioética é a liberdade, mas com compromisso e responsabilidade e não como estratégias de controle.

Berlinguer (1996) também fala sobre a busca da liberdade, no sentido de integrar a reivindicação da saúde como direito, assumindo a responsabilidade de mantê-la e promovê-la. Segundo ele, a responsabilidade pode ter dois significados: o primeiro, positivo e inerente à bioética, e o segundo, claramente negativo, porém, presente nas práticas cotidianas da saúde. No primeiro caso, a responsabilidade é sinônimo de consciência, meticulosidade e empenho, no segundo caso, é sinônimo de culpabilização dos doentes ou das vítimas, chamado por ele de “*victim blaming*” que vem nos dias atuais limitando cada vez mais o espaço da solidariedade e da tolerância.

Garrafa (2000) faz referência à ética da responsabilidade como uma questão que atravessa longitudinalmente todos os problemas e conflitos a serem

abordados e estudados, seja com relação à bioética das situações persistentes ou das situações emergentes. É um princípio que não pode ser deixado de lado.

No que concerne a este princípio, consideram-se três aspectos:

1. a ética da responsabilidade individual: é o compromisso que cada indivíduo assume frente a si mesmo e aos outros, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas;
2. a ética da responsabilidade pública: é a que se refere ao papel e deveres do Estado frente aos cidadãos, aos seus direitos e ao cumprimento às cartas constitucionais de cada nação;
3. a ética da responsabilidade planetária: diz respeito ao compromisso de cada indivíduo na preservação do planeta.

Dentro desse contexto, Garrafa (2000) traz o filósofo Hans Jonas que discute sobre a responsabilidade do homem frente ao avanço científico e social. Para ele, o progresso é unilateral e desequilibrado, o que exprime um total desconhecimento do fenômeno humano e particularmente do fenômeno ético. O conhecimento sobre o homem, a sociedade e a história ficou atrasado com relação ao saber sobre a natureza, o futuro da humanidade se apresenta como uma “sociedade planetária de alto risco” que não privilegia o bem-estar, a qualidade de vida.

Zancanaro (2000, p. 312) afirma que

”a ética da responsabilidade com o futuro investe na globalidade do ser, na singularidade e peculiaridade do homem e não mais na sua autoridade. Fazer renascer o sentimento de responsabilidade significa impor ao querer a força e o apreço pela dignidade da vida, transformando-a em valor”.

A preocupação da responsabilidade sobre o destino da vida no planeta também é trazida por Berlinguer (1996), que faz uso da mesma terminologia “alto risco” para se dirigir à condição de sobrevivência que o mundo vive hoje. E que tal condição é caracterizada pelo fato da ciência ser causa, meio e solução do problema.

O alto risco trazido pelos autores se refere à capacidade que a sociedade tem de não mais privilegiar o bem-estar do homem. O ser humano está

voltado tanto aos riscos como à responsabilidade de buscar esse bem-estar e a sobrevivência, mostrando o respeito pela totalidade do mundo não só na tomada de consciência, mas também pelo agir em favor do bem da humanidade.

Garrafa (2000) fala sobre o progresso moral coletivo: aquele que toda sociedade deveria colocar em primeiro lugar e que é possível visualizá-lo na sociedade através da legislação dos Estados modernos, dos valores incorporados no código das leis e nos comportamentos públicos.

Tais formulações indicam que a vida tem seu devido apreço e que precisa urgentemente retomar seu lugar de honra.

Conforme Garrafa (2000), muitos países avançaram nas leis e nos códigos, no entanto, quanto aos comportamentos públicos, a sociedade demonstra a preponderância da racionalidade tecnológica sobre a racionalidade ética, o que leva a um verdadeiro descompasso na busca da transformação de novos compromissos e responsabilidades sociais. Para o autor, as mudanças devem ocorrer não somente frente aos paradigmas técnicos e científicos, mas também nos compromissos e responsabilidades sociais.

Fazer nascer o sentimento de responsabilidade é mister à manutenção da vida, demonstrando seu devido valor através do significado moral que damos a esse fenômeno por meio da ética da responsabilidade que investe na singularidade do ser.

Um estudo realizado no México sobre mortalidade materna, avaliou que as informações sobre prevenção aliada à determinação das responsabilidades pelo óbito são a melhor maneira de determinar medidas ao aprimoramento da prática dos serviços de saúde.

Ainda nesse mesmo estudo, a atribuição da responsabilidade pelo óbito é distribuída entre três instâncias: o médico, o hospital e a paciente. Quanto ao primeiro caso do erro médico, o motivo mais freqüente foi o erro de juízo clínico e cirúrgico, no segundo caso do erro hospitalar, o motivo foi a falta de recursos materiais como sangue e anestésico e, no terceiro caso do erro da paciente, se referia aos aspectos da conduta da mulher e sua família.

4.3 A ética na assistência da saúde

A incorporação do paradigma biotecnocientífico nas práticas de saúde demanda uma reflexão ética perante as situações conflitivas, formulando princípios que orientem as práticas sanitárias na exigência de um novo relacionamento entre profissionais de saúde e paciente. É trazer à reflexão os valores da prática, contribuindo para a edificação de uma plataforma de valores comuns, condição básica para um verdadeiro diálogo, convergindo a uma linguagem comum e com os mesmos objetivos.

De acordo com Garrafa (2000, p. 13) a teoria de “Uma Ética Forte” seria a aliança concreta com o lado mais frágil da sociedade, incluindo a reanálise de alguns dilemas como: autonomia versus justiça/eqüidade/universalidade; benefícios individuais versus benefícios coletivos; individualismo e omissão versus participação; compaixão piedosa versus solidariedade; mudanças superficiais e temporárias versus transformações concretas e permanentes.

Os fatos mostram que o uso dos conhecimentos científico-tecnológicos não são suficientes e capazes de melhorar a saúde da população. Contudo, preservar a espécie humana sem causar danos é o fim do homem, é conclamar à vida excluindo problemas como a mortalidade materna, que ainda figura no cenário onde a ciência não foi capaz de impedir esse tipo de morte. O paradoxo da situação de saúde é tal que Berlinguer (1993) se manifesta dizendo que, enquanto se discute sobre alguns casos de eutanásia, a “boa morte”, ignoram-se milhões de “péssimas mortes”, as cacotanásias, mortes prematuras e não merecidas que acontecem por falta de prevenção e tratamento.

Segundo Berlinguer (1996), a ética da prevenção é a capacidade de intervir a fim de evitar mal maior. A prevenção primária e a promoção da saúde, ambas se propõem a evitar o surgimento de doenças e à melhora das condições psicofísicas dos indivíduos que vivem em comunidade.

Esses tipos de prevenção mobilizam outros campos, como a difusão da instrução, a humanização do trabalho, a melhoria da nutrição, das habitações, o espírito de convivência e solidariedade entre os cidadãos.

Tais recursos contribuem decisivamente na melhoria da saúde, através da mudança nas condições objetivas de existência, e porque desenvolvem

conhecimentos nos indivíduos que estimulam ações que favorecem a livre adoção de comportamentos mais saudáveis.

Vê-se que a busca pela ética da prevenção é o caminho para a condição de uma vida diferente daquela definida por Berlinguer (1996) de “alto risco”.

A reflexão ética de problemas como a do estudo em questão busca unir ao princípio da beneficência outros aspectos éticos como o pleno respeito à vida e a responsabilidade.

Com isso Berlinguer (1996) traz indagações sobre o como agir de forma a praticar o bem, em que se guiar, quais objetivos seguir, por quais métodos. A ciência conseguiu trazer a felicidade à humanidade através da sua tecnologia, mas se depara com situações cotidianas que envolvem o nascimento, as doenças e a morte e que nem sempre são motivo de satisfação e alegria.

O fenômeno mortalidade materna é uma dessas situações com as quais se convive a longo tempo. Muito se tem descoberto sobre o processo reprodutivo e suas implicações no novo contexto do papel social da mulher, mas a falta de resposta à questão do por que ainda morrem mulheres no período grávido-puerperal persiste em nossos dias, embora o acesso da medicina ao avanço tecnológico.

O estudo exige uma reflexão ética sustentado na bioética, que poderá visualizar o caminho da compreensão do problema.

Acreditamos que o olhar ético pode contribuir para a solução dos conflitos sociais hoje trazidos na precocidade da perda de vidas indefesas, e que essa reflexão do cotidiano representada pela mortalidade materna é viável para o despertar de uma consciência moral e responsável.

4.4 A ética dos princípios

Foi na década de 70, mais especificamente no ano de 1979, que a visão original da bioética, como um compromisso mais global frente ao equilíbrio e preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta, dá espaço e sedimentação para a bioética principialista.

Com a publicação do livro *The Principles of Bioethics*, escrito por Beauchamp & Childress, instaura-se a bioética dos anos 80 fundamentada em quatro princípios básicos, dois deles de caráter deontológico: não maleficência e justiça, e outros dois de caráter teleológico: é beneficência e autonomia.

Conforme Mora (1951) o caráter deontológico significa a ciência dos deveres, a teoria das normas morais, e o teleológico, segundo o mesmo autor, diz-se ao modo de explicação por causas finais, pode aplicar-se a processos da natureza, aos atos éticos dos homens, inclusive aos fenômenos do conhecimento.

4.4.1 Beneficência

Beauchamps & Childress (1994) referem que entender ação beneficente é quando inclui outras formas de ação que intencionam ao benefício de outras pessoas. Beneficência refere-se à ação feita em benefício de outros.

Atos de piedade, bondade e humanidade muitas vezes têm a conotação de formas de beneficência. Os autores trazem a diferença entre os termos benevolência e beneficência. O primeiro, diz respeito ao caráter, à virtude da ação em benefício de outro, e o segundo refere-se à obrigação moral do ato para o benefício de outro. O princípio da beneficência declara a obrigação de ajudar outros, favorecer e legitimar seus interesses. Para os autores, os dois termos se disputam, sendo que a beneficência toma um lugar central, porque é concebida no aspecto da natureza humana que motiva a ter atos em interesse pelo outro e esta meta é associada nestas teorias com a meta da própria moralidade. Os autores salientam que devemos nos perguntar quais obrigações conferem benefícios para prevenir e remover os danos. Os possíveis danos e os custos de uma ação são o centro da ética biomédica.

Muitas normas obrigatórias de beneficência constituem uma importante parte da moralidade. São exemplos de normas de beneficência:

- proteger e defender os direitos dos outros;
- prevenir danos que ocorrem a outros;
- remover condições que causarão danos a outros;
- ajudar pessoas com debilidades;
- salvar pessoas em perigo.

Beauchamp & Childress (1994), referindo-se às diferenças entre as normas de beneficência e não maleficência, mostram que a primeira é requerimento de ações positivas que nem sempre precisam ser obedecidas e raramente provêm de razões de punições legais quando uma falta confronta com uma norma. Já a segunda, são ações negativas, proibições que devem ser obedecidas e provêm de razões por proibições legais de certas formas de conduta.

Os autores finalizam afirmando que

“somos moralmente proibidos de causar dano a alguém, é a perfeita obrigação, e que somos moralmente permitidos ajudar ou beneficiar àqueles com os quais temos relacionamento especial e que não somos igualmente requeridos para ajudar ou beneficiar àqueles os quais não temos nenhum tipo de relacionamento especial.” (Beauchamp & Childress, 1994, p. 262)

O que os autores dizem é que, moralmente, concedemos um benefício com parcialidade em consideração com os outros, os quais temos relacionamento especial. Estas distinções não são arbitrárias, é possível agir não-maleficientemente em direção às pessoas, mas não é impossível agir beneficentemente em direção às pessoas.

Segundo Kipper & Clotet (1998), beneficência, no seu significado filosófico moral, quer dizer fazer o bem e que o ser humano é a unidade de maior interesse em qualquer pesquisa ou ação que a ciência e a medicina possam desenvolver. Esse interesse deve ser par e passo conduzido pelos preceitos éticos.

Bernard (1990, p. 71) afirmava que

“a pessoa é uma individualidade biológica, um ser de relações psicossociais, um indivíduo para os juristas. Contudo, ela transcende essas definições analíticas. Ela aparece como um valor [...]. Nos problemas éticos decorrentes do processo das pesquisas biológicas e médicas, devem ser respeitados todos os homens e o homem todo.”

É no *Corpus Hippocraticum*, denominação dada aos escritos da tradição hipocrática, que se transcreve a grande norma da conduta eticamente

correta dos profissionais da medicina e do cuidado à saúde: não lesar ou danificar as pessoas, de forma geral, e as pessoas enfermas.

Princípios da ética como conduta boa, má, certa, errada, justa ou injusta aplicam-se, na época atual, a problemas novos que decorrem de avanços tecnológicos e da nova sensibilidade ética da civilização.

Para Kipper & Clotet (1998) a beneficência também é reconhecida como sendo uma manifestação da benevolência. Não tem caráter absoluto, pois esse tipo de conduta impediria o paciente de manifestar-se

Os mesmos autores citam Butler que diz que existe no homem, de forma prioritária, um princípio natural de benevolência ou da procura e realização do bem dos outros e que, do mesmo modo, temos propensão a cuidar da nossa vida, saúde e bens particulares.

Outro autor, Thomas Hobbes, de acordo com Kipper & Clotet (1998) mostrou o oposto: que a natureza humana era egoísta, conservadora e competitiva.

Kipper & Clotet (1998) referenciam Hume que diz que a benevolência é uma tendência que promove os interesses dos homens e procura a felicidade da sociedade.

Enfim, de acordo com os autores citados, a benevolência é uma qualidade boa do caráter das pessoas, uma virtude, uma disposição para agir de forma correta, fazer bem aos outros, de maneira geral, todos os seres humanos a possuem.

Segundo Kipper & Clotet (1998), o princípio da beneficência tem, como regra norteadora da prática dos profissionais de saúde, o bem do paciente, o seu bem-estar e os seus interesses.

Conforme os autores, se torna difícil visualizar o limite entre a beneficência como obrigação ou dever e a beneficência como ideal ético animador da consciência moral de qualquer profissional .

Não tem caráter absoluto, mas está condicionada à situação com que é afirmada e nem sempre terá prioridade em todos os conflitos.

O princípio da beneficência é o ser prudente, é saber o que é bom e levá-lo à prática. Ele requer ação. Há uma série de situações na prática médica em que o princípio da beneficência deve ser usado com cautela para não prejudicar o paciente e sua família. O uso do princípio da beneficência numa

sociedade em desenvolvimento é o que vai nortear as decisões dos profissionais de saúde como cidadãos cientes do seu papel como sujeito social.

4.4.2 Não Maleficência

Beauchamp & Childress (1994), ao conceituarem não maleficência, fazem a distinção entre beneficência e não maleficência, que, segundo Franqueana, o princípio da beneficência é dividido em quatro obrigações gerais. A primeira delas irá distinguir as obrigações da não maleficência e os outros três se referem às obrigações da beneficência. São elas:

- ter obrigação de não impor o mal ou o dano;
- ter obrigação de prevenir o mal ou dano;
- ter obrigação de remover o mal ou dano;
- ter obrigação de fazer ou promover o bem.

A primeira procede moralmente sobre a segunda. A segunda sobre a terceira e a terceira sobre a quarta.

Franqueana coloca estes elementos em série, sendo que outras coisas estão em iguais circunstâncias de conflitos. Os quatro elementos assumem uma qualificação de um estado de obrigação.

Segundo Beauchamp & Childress (1994), as obrigações para impedir danos aos outros são mais difíceis que as obrigações para ajudá-los. As obrigações de beneficência estão acima das prioridades das obrigações de não maleficência, a beneficência requer ação de ajuda, prevenção, remoção de dano, promovendo o bem, sendo que a não maleficência somente tem intenção de reprimir ações que causem o dano. As normas da não maleficência compreendem o não fazer.

Para melhor entendimento, os autores trazem os termos dano e injúria freqüentemente usados no conceito de não maleficência. Dano significa injustiça, violação, erro a outro, e injúria se refere a dano e também à injustiça, violação ou erro. O erro envolve violação dos direitos de alguém, sendo que o dano não necessariamente envolve violação. De acordo com os autores sempre que as doenças são diagnosticadas erradas há um prejuízo para as pessoas, elas serão

infelizes. Uma ação é errada ao reter uma informação prometida a respeito dos benefícios à pessoa.

As obrigações da não maleficência são obrigações de não infligir dano e não impor riscos a danos. Os autores ainda enfatizam quanto às situações de imposição de risco, há que se ter o reconhecimento moral e legal às regras para os direitos de cuidar, especificando o princípio da não maleficência. Graves riscos requerem avaliação das metas que são justificadas pelas situações de emergência não sendo justificadas nas situações não emergenciais.

O princípio da não maleficência tem obrigação de não causar danos, envolve abstenção, não tem caráter absoluto e nem sempre será priorizado em todos os conflitos, devendo considerar o princípio do devido respeito a todo ser humano. É um princípio devido a todas as pessoas (Kipper & Clotet, 1998).

4.4.3 Autonomia

Segundo Beuchamp & Childress (1994), o termo autonomia tem sido estendido ao individual e tem alcançado significado diverso como governância da própria pessoa, liberdade de direitos, privacidade, escolhas individuais, liberdade de decisão, levando a um determinado comportamento. Para os autores, a autonomia não é um conceito único, muitas idéias constituem o conceito, criando a necessidade de refiná-lo em objetivos particulares mais claros. Finalizam dizendo que o que julgam essencial para uma pessoa autônoma é ter normas próprias e estar livre para controlar interferências com os outros e para limitações pessoais, prevenindo escolhas significativas de entendimento inadequado. Os indivíduos autônomos agem livremente de acordo com o plano da sua própria escolha similarmente ao caminho que um governo administra seu território e determina suas normas.

Os autores falam sobre as pessoas de autonomia diminuída, que diferentemente, estão no mínimo de muitas relações controladas por outros e que são incapazes para deliberar ou atuar nas bases da vontade dos seus próprios planos, é o caso dos indivíduos institucionalizados com problemas mentais, freqüentemente têm autonomia diminuída.

Conforme eles, as teorias de autonomia acordam que existem duas condições essenciais para a autonomia, uma é a liberdade, que independe do controle de influências, e a outra é o agenciar, que é a capacidade para fazer intencionar uma ação.

O ser autônomo não é o mesmo que o agir autônomo. O respeito ao agir autônomo é o mínimo de reconhecimento da visão de direitos da pessoa assegurada. A autonomia requer obrigações de não intervenção nos negócios das pessoas, mantendo a capacidade para as escolhas autônomas em situações de tensão e medo e outras situações que impedem ações autônomas.

Ainda falando sobre o respeito à autonomia, Beauchamp & Childress (1994) mencionam que envolve a consideração com as pessoas para capacitá-las a ações autônomas, já que o desrespeito à autonomia envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou não consideram outras autonomias, negando o mínimo de equidade às pessoas.

Beauchamp & Childress (1994), citando Kant e John Stuart sobre o respeito à autonomia, ressaltam que ele flui com o reconhecimento que todas as pessoas têm valor incondicional, tendo cada uma capacidade para determinar seu próprio destino. Violar a autonomia de uma pessoa é considerar que a pessoa é meramente uma coisa, que acorda com outras metas sem resguardar suas próprias metas. Há uma violação moral a partir desta consideração em que pessoas autônomas capazes para determinar o seu destino são finalizadas em suas vidas. Segundo os autores, o respeito à autonomia tem a posição de *prima facie*, podendo estar acima e competindo com as considerações morais. Pode ser visto estabelecendo um direito forte do controle do destino das pessoas, mas não é a única fonte das obrigações e direitos morais.

O paradigma básico da autonomia no cuidado à saúde, as políticas e outros contextos, de acordo com os autores, se expressam através do consentimento informado, que tem lugar central neste ambiente, porque valida as formas legítimas de autoridade. E para se ter o consentimento informado, a pessoa precisa ser competente e ter compreensão suficiente. O julgamento de competência tem uma normativa destituída da posição de qualificação ou desqualificação da pessoa acerca de decisões e ações. O indivíduo é competente para tomar decisão se for capaz de entender a informação e fazer o julgamento sobre a informação clara dos seus valores e pretender certo resultado.

A autonomia é um termo derivado do grego “*auto*” (próprio) e “*nomos*” (lei, regra, norma). Significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar”.

Ser autônomo é ter o pensamento livre, como refere Munoz & Fortes (1998), é ser livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas.

Berlinguer (1996) ainda acrescenta que a autonomia de um indivíduo pressupõe, junto com sua liberdade, a capacidade de aproveitá-la, tendo à sua disposição tanto conhecimentos quanto condições psicofísicas.

Para a existência de uma ação autônoma, é também necessária a existência de alternativas de ação ou que seja possível que o agente as crie, pois se existe apenas um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo realizável, não há propriamente o exercício da autonomia.

Segundo Gracia (1989, p. 58):

“A autonomia expressa-se como princípio de liberdade moral, que pode ser assim formulada: todo ser humano é agente moral autônomo e como tal deve ser respeitado por todos os que mantêm posições morais distintas [...] nenhuma moral pode impor-se aos seres humanos contra os ditames de sua consciência.”

Conforme os mesmos autores, o ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, e para isto contribuem variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais.

Para Berlinguer (1996), o princípio da autonomia é a capacidade e direitos próprios que todo indivíduo tem, portanto, não pode ser usado ou manipulado por outros.

Estudos de Anjos (2000) evidenciaram que a autonomia dos sujeitos na América Latina está envolvida por um meio social mais complexo, não permitindo que ela seja compreendida e postulada em relações de pesquisador e sujeito de pesquisa ou entre médico e paciente. Hoje, a autonomia das pessoas passa, entre outras coisas, pelo saber tecnológico combinado com o poder político e o econômico. Quem está despojado de poder se torna vulnerável. E a

vulnerabilidade expõe as pessoas a grosseiros e sutis desrespeitos de sua autonomia. O autor conclui que o conceito de vulnerabilidade é um conceito chave a ser considerado quando se pensa a autonomia. E ainda alerta para que os campos da aplicabilidade desse princípio estejam bem configurados devido ao risco que corre de se tornar uma armadilha para ocultar a face dos despossuídos, cultivando o pensamento que não considera os desafios sociais.

O autor argumenta que a autonomia é um princípio que sugere não apenas o respeito em termos de consentimento livre e esclarecido, mas um desafio como construção e fortalecimento dos sujeitos individuais e sociais onde inexistente o princípio.

4.4.4 Justiça

Para Beauchamps & Childress (1994), a situação de justiça está presente sempre que as pessoas são justamente beneficiadas ou responsabilizadas por causa de seus propósitos ou circunstâncias particulares. Quando alguém tem a validação de uma reivindicação baseada na justiça, tem o direito a esta reivindicação, que, portanto, é alguma coisa justa.

A injustiça envolve um ato errôneo ou omissão. Nela, as pessoas rejeitam os benefícios os quais elas têm e fracassam para distribuir as responsabilidades justamente.

Os autores trazem o termo justiça distributiva referindo-se à distribuição justa, equitativa e apropriada em determinada estrutura social e de cooperação. É o espaço que inclui a distribuição de diversos benefícios e responsabilidades como recursos, taxação, privilégios e oportunidades. São envolvidos as instituições públicas, privadas, incluindo o governo e o sistema de saúde. Na justiça distributiva está incluída, além das responsabilidades, os direitos civis e políticos como o direito de votar e liberdade para falar.

Beauchamps & Childress (1994) fazem a distinção entre justiça distributiva e as outras justiças como a criminal e a retificatória. A primeira é o infringir a lei e a segunda é a justa compensação para a resolução dos problemas de forma a romper a mal prática usada na lei civil. Segundo os autores, é comum nas teorias de justiça a menção tradicionalmente atribuída por Aristóteles que diz

que os iguais devem ser tratados igualmente e os não iguais devem ser tratados desigualmente. Este é o princípio formal de justiça, no qual respeita as igualdades e tem obrigação de tratar igualmente os indivíduos iguais. Continuam com o questionamento de quem é igual e quem é desigual?

De acordo com eles, estas diferenças são relevantes, comparando indivíduos e grupos, e que todos os cidadãos devem ter direitos políticos iguais, igual acesso aos serviços públicos e igual tratamento protegido pela lei.

Comentando sobre a distância para alcançar a igualdade, os autores referem que este é um típico problema da avaliação da justiça nos cuidados de saúde que têm se prendido a assistir apenas algumas pessoas de uma certa classe como os idosos, as crianças, os pobres. Esta é uma forma injusta, destacam os autores, negar acesso para alguns quando outros, na mesma classe, precisam de benefícios.

Princípios materiais de justiça são definidos por Beauchamps & Childress (1994) como princípios que especificam características importantes para iguais tratamentos. Eles identificam as reais propriedades para a distribuição. Uma dessas propriedades é a necessidade na qual declara ser justa a distribuição conforme as necessidades.

“Dizer que uma pessoa precisa de algo significa dizer que ela será lesada sem o mesmo, ou ao menos extremamente afetada.” (Beauchamps & Childress (1994, p. 330). Mas enfatizam que não é requerido distribuir todos os bens e serviços para satisfazer todas as necessidades que não são fundamentais, o interesse segundo eles é nas necessidades fundamentais. Dizer que alguém tem necessidade fundamental de alguma coisa é dizer que àquela pessoa será extremamente afetada num sentido fundamental se a necessidade não é completamente atendida. Os autores têm como necessidades fundamentais as relacionadas com a manutenção da vida como alimentação, lesões físicas corporais, informações críticas não compartilhadas. Para eles, o princípio material da necessidade pode ser progressivamente especificado e moldado dentro das normas públicas para o propósito de distribuição. O significado do argumento é a aceitação do princípio da necessidade como princípio material de justiça válido.

Beauchamps & Childress (1994, p.330) afirmam que, “se alguém somente aceita o princípio do livre comércio da distribuição, então alguém iria se opor ao princípio da necessidade como uma base para as normas públicas”.

Todas as normas públicas e institucionais baseadas na justiça distributiva derivam da aceitação ou rejeição de alguns princípios materiais e de alguns procedimentos para especificação e refinamento deles.

São princípios materiais válidos para a justiça distributiva, de acordo com Beauchamps & Childress (1994):

- para cada pessoa uma parte igual;
- para cada pessoa de acordo com a necessidade;
- para cada pessoa de acordo com o esforço;
- para cada pessoa de acordo com a contribuição;
- para cada pessoa de acordo com o mérito;
- para cada pessoa de acordo com as flutuações comerciais.

Segundo os autores, não existe barreira para não aceitar mais de um princípio, existem teorias que aceitam a todos. Uma tese moral plausível é que cada um desses princípios identificam uma obrigação *prima facie*, em que não podem ser acessados independentemente de circunstâncias particulares ou esferas nas quais eles não são especificamente aplicáveis.

Beauchamps & Childress (1994) referem que alguns autores dizem que os princípios morais de justiça são paralelos às regras morais citadas nos princípios de autonomia, beneficência e não maleficência. Para eles, isso gera mais controvérsia para a formação da injustiça, porque a aceitação dos princípios morais é mais difícil que os citados nos princípios anteriores.

Em muitas sociedades se evoca os princípios materiais para a formação de programas públicos.

Conforme os autores, os princípios podem ser conflitantes entre si e, em alguns casos, criando um sério problema e um grande desafio para o sistema moral que busca uma forma de trabalho coerente para os princípios. Estes conflitos, para os autores, indicam a necessidade de especificação e balanceamento.

“O princípio da justiça não deve valer somente para redistribuição igual dos recursos existentes: seu fundamento ético principal é o de permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomos e, por meio de suas decisões livres, melhorar a si mesmo e multiplicar a

riqueza moral e material da sociedade.” (Berlinguer, 2000, p. 43)

Uma das concepções da justiça é a distributiva, que diz respeito a custo benefício e alocação de recursos e está intimamente ligada à bioética, surgida do dilema da escolha de critérios de seleção de pacientes renais crônicos que deveriam se beneficiar da utilização dos equipamentos de hemodiálise, recém instalados em Seattle, na década de 60.

Autores como Kottow (2000) alertam para o risco que se corre na realização de um discurso inadequado. Isso porque, segundo ele, falar de justiça distributiva em países desenvolvidos é completamente diferente de falar em países subdesenvolvidos. A bioética deve ser própria e condizente com a realidade do subcontinente em que se vive a partir do qual se pensa. O mesmo autor propõem a definição de uma bioética em que agruparia uma ordem justa contemplando as diversas falências da pobreza.

Como no caso de uma decisão clínica tomada em situação de escassez de recursos, na maioria das vezes leva a possibilitar algum dano.

“Justiça é o ordenamento social que permite a cada membro cobrir suas necessidades e manter abertas suas opções de projeto de vida, permitindo a todos cidadãos sua participação na arquitetura de sua sociedade”. (Kottow, 2000, p. 70)

Com isso, Kottow (2000) mostra que não haverá uma ordem social justa enquanto persistirem segmentos sociais que não conseguem solucionar suas necessidades básicas. As sociedades estão imbuídas na busca do bem comum, gerando as possibilidades para que todos os seus membros possam chegar a desenvolver e realizar seus projetos de vida.

No relatório da OMS, em 1990, faz-se o seguinte esclarecimento: não devem ser consideradas injustas as diferenças devido à variabilidade natural dos sujeitos, comportamentos prejudiciais à saúde se escolhidos deliberadamente. Seriam injustos os comportamentos insalubres quando o estilo de vida não lhe propicia outra maneira de vida, exposição às condições de vida e trabalhos estressantes e insalubres, acesso inadequado aos serviços de saúde.

Berlinguer (1996) comenta que existem aqueles que consideram a injustiça inevitável devido à própria distribuição dos talentos naturais e que as

circunstâncias sociais são injustas. Mas existem aqueles que, com base no reconhecimento das diversidades, dizem que a distribuição natural não é justa nem injusta, nem é injusto que os homens nasçam em condições particulares no âmbito social, o que são esses fatos naturais. O que é justo ou injusto é a forma como as instituições tratam esses fatos.

Para Berlinguer (1993), as questões sociais, as políticas de saúde, a responsabilidade do Estado, a organização dos sistemas de saúde, a priorização, da alocação e redistribuição de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como o acesso aos serviços de saúde, os direitos do paciente, a participação popular, o controle social são questões éticas fundamentadas pelo princípio da justiça e inseridas no âmbito da Bioética Social.

4.5 O conceito de eqüidade

Segundo Garrafa (2000, p. 15), a eqüidade

“é o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais. É a referência que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população”.

De acordo com Berlinguer (1996), a eqüidade é o valor intrínseco e único de cada pessoa, na importância de medidas destinadas a remover obstáculos ao bem-estar. Em outra citação, Berlinguer (2000, p. 43) afirma que “eqüidade não é o mesmo que igualdade, particularmente no campo da saúde, conforme ele, seria um absurdo pensar que os indivíduos sejam iguais”. Sugere que a sociedade deveria intervir, no sentido de adotar medidas desiguais para compensar as iniquidades. Segundo o autor, são iníquas as desigualdades resultantes de estilos de vida insalubres impostos, ou estilos salubres obstaculizados.

Também considera como iníquas as desigualdades que têm suas causas decorrentes de fatores como: moradias sem higiene, nutrição e educação insuficientes, contaminação do meio ambiente e condições de trabalho inseguras. O mesmo autor (1996, p. 84) referencia o relatório da OMS, que atribui o caráter

de iniquidade às diferenças em saúde: “que têm duas características conjuntas, são desnecessárias e evitáveis e são consideradas reprováveis e injustas.”

Neste sentido, a importância da distinção das diferenças em saúde está na caracterização dos fatores sócio-econômicos de cada indivíduo na diversidade cultural e no uso da liberdade, argumenta Berlinguer (1996). Essas diferenças são desnecessárias e injustas quando causadas por comportamentos que prejudiquem a saúde. Comportamentos estes determinados pela falta de escolha dos indivíduos devido à falta de liberdade para a escolha de estilos mais adequados de vida. Também podem ser iníquos os diferentes meios de acesso aos serviços de saúde, condições de vida e trabalho estressante. O termo iniquidade, em saúde, tem uma dimensão ética e moral.

As muitas diferenças, em saúde, consideradas iníquas, existentes entre homens e mulheres não são de natureza biológica nem decorrentes de estilos de vida, mas de situações socialmente determinadas.

Berlinguer (1996) faz menção para a compreensão das doenças como fenômeno coletivo, apresentando diferenças individuais conseqüentes da situação sócio-econômica e, para o autor, o valor da distinção dessas diferenças em saúde está em introduzir, ao lado desses fatores, aqueles dependentes de cada indivíduo, quer pela diversidade cultural ou pelo uso que fazem da própria liberdade quando e enquanto essa se manifestar.

O que o autor nos traz remete à morte materna como fenômeno social que acomete mulheres de uma determinada situação sócio-econômica que as torna diferentes, limitadas no uso da liberdade para a manutenção da saúde, e assim, o preservar da vida.

No caso da mortalidade materna, são mortes as quais, a maioria delas, a medicina e os cuidados de saúde não estão conseguindo impedir. São mortes decorrentes de estilos de vida impostos por uma situação social injusta que impede a manutenção da vida nesse período.

Em Giovanella *et al.* (1996), encontra-se a avaliação da igualdade em quatro dimensões:

- *igualdade ontológica*: é uma igualdade inerente aos seres humanos. Essa igualdade é princípio de algumas religiões como o cristianismo, todos são considerados iguais perante Deus. Já no marxismo a

igualdade ontológica estaria baseada na potencialidade da práxis comum, livre e transformadora;

- *Igualdade de oportunidades*: é o acesso às posições sociais com prestígio, remuneração e poder diferentes, é aberta a todos, resulta da competição dos indivíduos que as conquistarão conforme seus méritos, habilidades e talento;
- *Igualdade de condições*: embora as necessidades pessoais variem, haveria um mínimo de necessidades básicas e idênticas em todos, em cada sociedade e época histórica, cuja satisfação deveria ser atendida;
- *Igualdade de resultados*: buscaria transformar as desigualdades de início em igualdades de conclusão. É o princípio de igualdade mais radical.

Os autores trazem à discussão a definição operacional de equidade assumida pela OMS que incorpora ao princípio de igualdade a igualdade de oportunidades, a possibilidade de todos terem condições de realizar seu potencial de saúde. À definição de equidade é incorporado o princípio distributivo de a cada um conforme o seu potencial, a cada um conforme suas habilidades, dá ao indivíduo a possibilidade do mesmo fazer escolhas a partir da criação de oportunidades justas. Incorporando assim o princípio da igualdade de condições, promovido através da intervenção do estado.

É o que os países em desenvolvimento necessitam de incremento e prioridade à saúde, com maior aporte financeiro e melhor distribuição dos mesmos a essa área, possibilitando a redução dos riscos de morte e provendo serviços de qualidade com resolução dos problemas.

Para Berlinguer (1996), a medicina moderna, as suas investigações, o seu sistema educacional trabalham contra a equidade, quando colocam à margem a saúde pública e a atenção médica preventiva. Mortes preveníveis, como a mortalidade materna, incluem-se no bojo das manifestações de saúde consideradas iníquas.

Nas mortes maternas, as mulheres, por não possuírem educação e acesso limitado aos serviços de saúde de qualidade se encontram numa situação onde as possibilidades de atenção ficam reduzidas.

Garrafa (2000) enfatiza que a busca pela equidade, no campo da saúde, é relevante no sentido do aprimoramento dos direitos humanos representado pela possibilidade do acesso à saúde. É a ampliação da cidadania de forma abrangente e solidária, além da busca de uma igualdade real que refletirá diretamente nos quadros sanitários.

Ao analisar a morte materna, contabilizam-se aí os sucessivos desajustes sócio-econômicos, traduzidos pelas condições ambientais e de trabalho insalubre, instrução insuficiente, pouco acesso aos cuidados de saúde, com dificuldade para assumir comportamentos mais saudáveis, que permitam superar estes obstáculos.

Segundo Berlinguer (2000), o princípio de equidade na saúde consiste em possibilitar a cada um conseguir e propiciar orientações ou decisões, seja pela responsabilidade individual, seja pelas políticas de saúde. Para ele, esse é o desafio moral mais relevante no relacionamento entre ética e saúde. Sobre o assunto, o autor observa que a avaliação da influência dos sistemas assistenciais sobre a equidade em saúde é tarefa complexa e difícil.

Conforme o mesmo autor, as desigualdades sociais persistem de qualquer forma, e certamente não tendem a desaparecer.

A referência à desigualdade econômico-social é indispensável para compreender as doenças como fenômenos coletivos, e também serve para explicar diferenças individuais em saúde.

4.6 Um olhar a partir da evitabilidade

Cada año, 585.000 mujeres pierden la vida como resultado del embarazo (FNUAP, 1999)

Estima-se que no mundo, 200 milhões de vezes ao ano as mulheres ficam grávidas, e que dessas, 40% têm algum tipo de complicação durante a gravidez, parto e pós- parto e que 15% podem resultar com mais frequência nos países subdesenvolvidos em complicações repentinas e imprevisíveis de lesões ou mortes à mulher e ao seu filho (Family Care International – FCI, 2001).

4.6.1 Determinantes da mortalidade materna

“Todo ser humano, durante sua vida, passa por momentos de maior ou menor risco de adoecer e morrer, dependendo do agravo à saúde e das circunstâncias de vida a que está exposto.” (Tanaka, 1995, p. 15)

Para Tanaka (1995), as determinações da gravidade da doença estão muitas vezes influenciadas pela condição social do indivíduo. Com isso, a autora afirma que, dependendo da situação social em que estão inseridos os indivíduos, os mesmos possuem mais ou menos possibilidades de adoecer. A questão do adoecer não deve ser vista somente em relação ao biológico, pois o risco de adoecer e morrer está intimamente relacionado a fatores bio-psico-sociais de cada pessoa, família e ou grupo familiar.

Como afirma Berlinguer (1993, p. 173), “a percepção da própria enfermidade é também influenciada pela cultura, pelo trabalho, pela riqueza”. A questão de viver, adoecer ou morrer passa pelas condições sociais, já afirmado por autores como Tanaka (1995), Souza (1982), e que, também, a condição social deriva de uma situação econômica que não disponibiliza as condições necessárias para uma assistência digna à saúde.

“As pessoas com maior poder aquisitivo recorrem a serviços de saúde com mais recursos tecnológicos e com melhor qualidade de assistência para resolver seus problemas, muitas vezes simples; os menos abastados se sujeitam aos serviços menos qualificados e, por vezes, apresentam problemas de saúde bem mais graves.” (Tanaka, 1995, p. 16)

Rosen (1979) vai além de considerar a doença relacionada somente com a situação econômica e social de uma determinada população. Segundo esse autor, a doença também tem relação com os cuidados médicos oferecidos, refletindo a estrutura da sociedade e suas estratificações em particular.

Mora & Yunes (1993, p. 71) afirmam que

“a valorização social da gravidez e do parto vigente em cada sociedade se relaciona amplamente com o tratamento que se dá às mulheres grávidas e puérperas. Mas alerta que é conveniente reconhecer a parcela de responsabilidade dos

serviços de saúde na conservação das elevadas taxas de mortalidade materna.”

Essa realidade se modifica à medida em que as mulheres contam com condições de vida que lhes possibilitam proteger-se desse mal.

Num estudo de 176 casos de mortes maternas realizado em Goiás no período de 1989 a 1993, a maioria dos óbitos ocorreram em mulheres de até 30 anos e no terceiro trimestre de gestação. Os autores concluíram que os dados demonstram a importância da mortalidade materna à Saúde Pública, reforçando a necessidade de uma melhor assistência pré-natal com detecção precoce das gravidezes de risco, melhor assistência ao parto e ao puerpério.

Isto demonstra o grau de ligação que tem a estrutura de saúde com a estrutura da sociedade, refletida pelas sociedades pobres. As mulheres não apresentam as condições necessárias e não dispõem de serviços que mantenham um estado de saúde adequado para a garantia de uma gestação, parto e pós-parto eficiente com preservação da vida do binômio mãe-filho.

Além das condições biológicas e sociais como determinantes da saúde materna, Mora & Yunes (1993) comentam sobre os fatores culturais e a interpretação, por parte da mulher, das necessidades demandadas pela gravidez e os riscos que a mesma pode apresentar, o que muitas vezes, estes fatores são determinantes do não uso dos serviços de saúde pela mulher por considerar a gestação um processo natural e normal da vida. Um estudo realizado em Honduras, mostrou que as mortes maternas decorrentes do parto domiciliar eram atribuídas à decisão da paciente e sua família pelo atendimento por parteira tradicional ou outra pessoa com preparação semelhante. Isso indica a interferência dos fatores culturais na produção da morte e o quanto se faz necessária uma postura ética frente a esse tipo de situação que está diretamente relacionada com o compromisso como cidadãos responsáveis de propiciar condições para que mulheres possam optar pelo parto domiciliar, mas sem a perda de suas vidas e sem responsabilizar a própria mulher e sua família pelo óbito.

Qual o procedimento, como cidadãos éticos, para impedir mortes como as decorrentes do período grávido puerperal?

Poderíamos aqui elencar situações, como a de responsabilizar a mulher e sua família pelo óbito, de “abusos éticos”, os quais Garrafa (1995) referiu como sendo situações que vêm acontecendo e prejudicando o processo de implantação da Reforma Sanitária no Sistema Único de Saúde (SUS).

O resultado de uma gravidez influencia profundamente as circunstâncias de vida da mulher e as condições econômicas e ambientais em que vive. Essas condições incluem a educação e o ingresso da mesma no mercado e a sua função no âmbito familiar. Segundo Royston & Armstrong (1991), a condição da mulher tem implicação direta na produção de mortes maternas e, por conseguinte, um reflexo importante no nível de justiça social de uma sociedade.

Uma outra condição de importante peso na relação social da mulher e que favorece à morte materna é a discriminação sexual, fica oculta nos problemas gerais de pobreza e do subdesenvolvimento. Para Royston & Armstrong (1991), a discriminação sexual da mulher reflete-se na condição estereotipada do matrimônio e na maternidade. A não priorização de suas necessidades, afora o trabalho familiar vivido desde a infância, lhe confere um grau de baixa condição social. Essa imagem torna-se mais visível em países pobres e subdesenvolvidos como África, principalmente os países ao Sul do Sahara, Ásia Meridional e Ásia Ocidental, que apresentam altas taxas de fecundidade, as famílias tendem a ser mais numerosas. As mulheres não têm acesso à educação e nem tão pouco aos métodos contraceptivos (FNUAP, 1999).

A experiência mostra que, quando as pessoas podem decidir quantos filhos vão ter, o resultado são famílias pequenas, mais saudáveis, vidas mais longas e um crescimento mais lento da população.

Estudos sobre a fecundidade têm mostrado seu declínio em diferentes proporções na maior parte do mundo, pois, como afirma Berquó (1991), os ritmos de queda da fecundidade são bastante diferentes na África, Ásia e América Latina e dentro de cada um destes continentes, existem os diferentes níveis e tendências deste componente da dinâmica demográfica.

A região latino-americana, nos últimos 20 anos, alcançou uma redução de 40% na taxa de fecundidade, o que representou uma diminuição de 20% na taxa de crescimento populacional. Nestes países, segundo Berquó (1991), a variação ocorre também dentro das diferentes regiões de cada país, de uma taxa

de fecundidade de 6 filhos por mulher, passou-se para três filhos, o que se convencionou chamar a passagem de níveis altos de mortalidade e de fecundidade para níveis baixos, com situações intermediárias de “transição demográfica”.

Campanário & Yazaki (1994) ressaltam que, conforme a teoria da transição, todo país passou ou passará pelas etapas de modernização econômica. Este processo tornaria as pessoas mais racionais, condicionado-as a diminuir a fecundidade, assim o desenvolvimento da sociedade estaria influenciando diretamente no padrão de vida das pessoas, optando pelo modelo da família pequena. Posteriormente, essa teoria recebeu outras versões mais complexas relacionadas com as etapas da expansão do capitalismo, o que mostrou as diferentes formas de transição nos países subdesenvolvidos com um modelo de família que deixa de ser produtora e passa a ser reprodutora e consumidora.

Outro fato que explica o movimento de transição demográfica foi apresentado por estudo de Berquó (1983) no qual mostra que a redução da taxa de fecundidade não está relacionada com a melhoria das condições de vida, pois nos segmentos populacionais menos favorecidos, foram os que apresentaram redução mais significativa na fecundidade. De acordo com a pesquisadora, essa situação vem acompanhada de uma grande urbanização aliada a um modelo econômico, que determina um aumento da concentração de renda, diferenças quanto às oportunidades de emprego, baixos salários e conseqüente formação de bolsões de pobreza. Esta situação de estrutura econômica estaria interferindo no padrão de reprodução das famílias menos desfavorecidas socialmente.

A queda da fecundidade tem íntima relação com as práticas e métodos contraceptivos disponíveis para o exercício do controle da fertilidade. Para Carvalho & Wong (1990), a queda da fecundidade não se deu somente por fatores estruturais, mas também por fatores conjunturais, em que o mesmo processo de urbanização que levou ao aumento dos bolsões de pobreza também fez com que a mulher saísse de casa para ajudar no sustento da família e, com isso, a busca pelas informações de como ter menos filhos.

A prevalência contraceptiva na América Latina é de 56%, valor superior as regiões menos desenvolvidas (Berquó, 1991).

A esterilização feminina e a pílula respondem por dois terços de todos os meios contraceptivos usados no continente latino-americano. Na maioria dos países desta região, a esterilização foi responsável por 50% do aumento da prática anticonceptiva (Berquó, 1991).

A realidade apresentada mostra um descompasso quanto às possibilidades de escolha dos métodos pelas mulheres latino-americanas, o que se pode deduzir a inexistência de serviços adequados e eficientes de planejamento familiar que possibilitem à mulher controlar a sua fecundidade e, assim, planejar sua gravidez.

Das 200 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo por ano, 75 milhões são não desejadas (Family Care International, 2001).

Estas gravidezes contribuem para os problemas maternos, em que muitos podem pôr em risco a vida da mulher e, aí, ela não contar com serviços de qualidade para o atendimento das intercorrências obstétricas. A outra situação são as gravidezes que terminam com a decisão do aborto em situações não favoráveis à manutenção da vida da mulher.

No mundo, realizam-se 20 milhões de aborto em condições de risco (Family Care International, 2001). E estes são responsáveis por 200 mortes maternas diariamente.

Segundo Mesquita (2000, p. 37), "em medicina, não há atividade isenta de risco", para a autora, o que torna um procedimento mais seguro ou menos seguro que outro é a complexidade técnica, a perícia do profissional, a higiene do local onde é realizado, a disponibilidade dos recursos tecnológicos e o estado físico da cliente". Deste modo, para a autora, o aborto é um ato de risco e que exige a maioria das condições anteriores para ser realizado com segurança.

Atualmente, nos grandes centros urbanos, procura-se implantar em hospitais que já disponham das condições necessárias à prática da realização do aborto.

Mesquita (2000) afirma que o que torna um aborto inseguro, terminando em morte, é a maneira clandestina em que se realiza, mas a autora lembra que nem todo aborto clandestino é inseguro, que a existência de clínicas de bom padrão de atendimento, que realizam abortos clandestinos e seguros, é disponível às mulheres que podem pagar altos preços e, assim, manter-se com vida.

Mundialmente, o aborto tem correspondido a 13% das mortes maternas (Family Care International, 2001).

Para Berlinguer (2000, p. 47-48), o aborto

“é um mal, é um drama para a mulher, e é a interrupção voluntária de um processo vital humano”. Esta é a opinião também dos que apoiaram a lei, a legislação não é um bem nem um direito, é uma necessidade e, no momento, a única maneira de tornar esse mal menos grave. Como se pode prevenir um fenômeno se este permanece escondido, segregado na clandestinidade?”

O que falta para que a assistência à saúde passe a ser em favor da vida? O que fazer para que as gestações sejam uma livre escolha à mulher como opção de vida, não de morte?

A gestação é um fenômeno fisiológico, que acarreta uma série de modificações no organismo da mulher, que vem se preparando e se adaptando ao longo da vida, com a finalidade de garantir o crescimento e o desenvolvimento fetal (Resende, 1998). No entanto, essas modificações, muitas vezes, podem ser acompanhadas por intercorrências ou processo patológico, que, associado às condições de vida da mulher, compromete a vida materna.

Estudos como de Mauad Filho *et al.* (1989) registram que o maior ou menor comprometimento está na dependência de fatores como a idade com que as mulheres começam ou param de ter filhos, o intervalo entre cada nascimento, o número de gravidez durante o período de vida, as condições sócio-econômicas e culturais, o que fazem acreditar que o fenômeno da reprodução é um processo bio-psico-social, conseqüentemente, sujeito a vários tipos de influências.

Sendo assim, o tema permanece preocupante, daí pensar que a tentativa de atuar na evitabilidade da morte materna é complexa e envolve vários tipos de ações (Mauad Filho *et al.*, 1989).

Intervenções neste sentido devem ser direcionadas ao período grávido-puerperal, com destaque para a assistência pré-natal, uma vez que possibilitará a identificação dos fatores de risco e a adoção de medidas que visem minimizar seus efeitos.

No acompanhamento do pré-natal a prioridade deve ser direcionada para a avaliação do risco, que de acordo com Graham, significa nomear as

mulheres gestantes em categorias como alto risco e baixo risco, estando associada a características como idade, estatura, paridade e escolaridade. Mesmo com a avaliação dos riscos da gestante no pré-natal, não se pode prever quais mulheres terão complicações durante a gravidez (Family Care International, 2000).

Mas Tanaka (1995, p. 17) diz que:

“Mesmo com todo avanço tecnológico atual, [...] é impossível determinar antecipadamente quais gestações irão se complicar. Por vezes, essas anormalidades são súbitas e abruptas, causando dano à saúde da mulher, do concepto ou de ambos, sendo algumas irreversíveis.”

Pesquisa realizada pela Benfam (1996) em parceria com o IBGE, Ministério da Saúde e outras entidades mostrou uma cobertura do pré-natal no Brasil de 47,5% de mulheres que realizaram mais de sete consultas, sendo que 66% delas foram atendidas no primeiro trimestre. Não realizaram esse tipo de acompanhamento 32% de mulheres residentes na região rural e 14% das residentes na região urbana. As regiões Norte e Nordeste continuam com os percentuais mais elevados de mulheres que não realizam pré-natal (19% e 26%).

Os números de óbitos maternos não refletem uma situação confortável quanto à situação apresentada no atendimento pré-natal, o que poderia estar muito aquém do exibido em virtude de tal cobertura.

Mais uma vez os dados apresentados pelas instituições de saúde são falhos e não refletem a realidade encontrada. Poder-se-ia aí questionar sobre o que está sendo feito ou como estão sendo realizadas as intervenções durante o acompanhamento às gestantes pelos serviços de saúde?

O pré-natal, para Zampiere (1998), envolve o bem estar materno e fetal, favorece a compreensão e adaptação às transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais da gestante, além de instrumentalizar a gestante e familiares sobre os cuidados neste período, preparando a gestante e sua família para o parto e pós-parto.

Nas palavras da autora, o intervir, através da prestação do atendimento pré-natal, seria o agir ético dos profissionais de saúde que, se assim o fizerem, estarão contribuindo para a manutenção e garantia da sobrevivência das mulheres grávidas.

Conforme Aumann & Baird (1996), o principal objetivo do atendimento pré-natal é assegurar a saúde da mãe e do filho, proporcionando uma ótima experiência física e emocional para a família. Para os autores, o atendimento pré-natal se transforma em um processo de triagem diferenciando as mães e bebês em muito perigo (alto risco) daquelas em pouco perigo (baixo risco). Na avaliação da gestação, os autores alertam para o fato de ser normal, podendo trazer consigo uma subestimativa de fator de risco, pois muitas gestações são avaliadas no início como “baixo risco” e desenvolvem problemas no fim da gestação. Isto caracteriza um descuido por parte dos profissionais a esse grupo de pacientes, sendo interpretado como risco negligenciável.

A intenção do atendimento pré-natal, para os mesmos autores, é melhorar os resultados perinatais, reduzindo a morbidade e a mortalidade materna e infantil, e para isso, é necessária uma abordagem multidisciplinar. Exige uma alta capacitação humana, equipamento e habilidades especializadas. Segundo os autores, as atividades de prevenção em saúde precisam se voltar para uma ampla gama de problemas com o objetivo de evitar mortes precoces. Para facilitar essas transformações, a política de saúde precisa incluir em seus planos de ação os problemas sociais como a pobreza, a fome, a falta de moradia, o abuso de drogas, as doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS e as pressões diárias.

Meurer & Taren (1996) comentam sobre os obstáculos que levam as mulheres a não iniciar o atendimento pré-natal no primeiro trimestre de gestação. E que esses obstáculos são mais difíceis de serem superados pelas mulheres pobres, jovens e solteiras, e pelas de origem africana, hispânica ou as nativas, com menos de 12 anos de educação. Entre eles estão:

- financiamento do atendimento – as mulheres que possuem seguro privado de saúde têm maior probabilidade de chegar ao atendimento pré-natal precoce e adequado do que as que não têm;
- pouca capacidade dos sistemas – o longo tempo de espera para um atendimento nos serviços de saúde, devido à escassez de profissionais, mostra a pouca capacidade desses sistemas;
- pouca organização na forma como é exercida a clínica – a coordenação inadequada entre os serviços de saúde, ambulatoriais, hospitais comunitários e terciários criaram um sistema confuso às

famílias, resultando na duplicação de serviços ou em sua completa falta;

- desvios culturais e pessoais – influência dos valores culturais e crenças da mulher sobre a gestação e o atendimento pré-natal. Meurer & Taren (1996) citam os trabalhos de Poland e colaboradores (1987) que identificaram seis fatores culturais e individuais que afetam o atendimento pré-natal. São eles: 1) o valor do seguro; 2) as atitudes em relação aos profissionais de saúde; 3) o atraso em suspeitar da gestação; 4) a demora em dizer aos demais que está grávida; 5) a percepção da importância do atendimento pré-natal; e 6) atitude inicial da mulher quanto à gestação.

Com relação à frequência recomendada de consultas pré-natais por Aumann & Baird (1996), é mensal, começando pela primeira indicação de gestação até 28ª ou 30ª semana. Uma consulta de 2/2 semanas até 36ª semana, e semanal da 37ª semana até o termo. Já Meurer & Taren (1996) citam o Índice Kessner que determina uma consulta mensal até o fim do segundo trimestre, de 2/2 ou 3/3 semanas até o último mês da gestação e, depois disso, semanalmente.

Meurer & Taren (1996) referenciam os estudos de Kotelchuck e colaboradores que foram realizados em 1987 sobre o número de consultas pré-natais, em que mostraram que as mulheres fizeram um número adequado de consultas pré-natais até o último mês de gestação, após determinar a idade gestacional na primeira consulta e a idade gestacional no nascimento. As reduções do número recomendado de consultas ocorreram próximo ao término da gestação, quando essas devem ser mais frequentes. Esse decréscimo foi maior entre as afro-americanas, as quais, segundo o estudo, eram mais pobres e tinham mais dificuldades de transporte.

Belfort (1998) afirma que poucas semanas passadas do primeiro período com ausência menstrual, a mulher deve iniciar o atendimento pré-natal. Em vigentes condições normais, as consultas de pré-natal serão mensais até o sexto mês, bimensais no sétimo e no oitavo e semanais no nono. De acordo com o Manual de Normas do Atendimento de Pré-Natal do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), o número mínimo de consultas de pré-natal durante os 9 meses de gravidez é de seis consultas.

4.6.2 Fatores de risco da mortalidade materna

Segundo Sarue *et al.* (1984) e dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1991), o termo risco, em nível epidemiológico, é oriundo de uma visão do processo saúde-doença, denominado enfoque de risco. Este se fundamenta no fato de que nem todos os indivíduos, família e comunidades têm a mesma probabilidade ou risco de adoecerem e morrerem.

Entretanto, para Sarue *et al.* (1984), a possibilidade de medir o risco está relacionada com a identificação, com a seleção e análise de fatores de risco, vinculados a uma maior probabilidade de danos em indivíduos ou grupos.

São chamados de “fatores de risco” as circunstâncias do ambiente ou as características das pessoas, herdadas ou adquiridas, que lhes conferem uma maior probabilidade de acontecimentos, imediato ou futuro, por um dano à saúde (Pereira, 2000a).

O manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2000) refere que toda gestação é acompanhada, por si só, de riscos tanto para a mãe como para o feto. No entanto, um número pequeno destas está muito elevado, passando a ser incluídas nas chamadas gravidezes de alto risco.

Gestação de alto risco é “... aquela na qual a vida da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de ser atingida que a da média da população considerada.” (Brasil, 2000, p. 13)

Já para Winikoff (1991), o risco materno se define como sendo a probabilidade que uma mulher tem de morrer ou sofrer uma complicação grave como resultado da gravidez e do parto. Algumas mulheres têm mais suscetibilidade que outras de sofrer complicações durante a gestação.

Conforme Graham (1997) é quase que impossível prever quando uma mulher irá ter complicações na gravidez que coloque sua vida e de seu filho em perigo.

Aumann & Baird (1996), ao definirem alto risco, utilizaram-se do conceito de Chez e colaboradores, de 1977, que é aquele no qual a mãe ou feto apresenta uma probabilidade significativamente maior de morte ou incapacitação, comparada à gestação de baixo risco, na qual esperam-se bons resultados para ambos.

Os autores, ao se referirem a respeito das gestações de risco, alertam sobre a necessidade de identificar essas gestações como garantia e segurança ao binômio mãe-filho, dando a eles o atendimento específico exigido, para evitar a morte ou danos.

Segundo Royston & Armstrong (1991), nem todas as mulheres grávidas estão expostas aos mesmos riscos, algumas têm mais probabilidades de morrer que outras. Mas existem fatores biológicos e de comportamento presentes em todas as regiões que contribuem para o aumento de complicações que uma mulher possa ter no transcurso da gestação, colocando em perigo sua vida. Destacam também outros fatores como: a estatura, o estado de saúde e de nutrição são significativos, sendo que os mais fáceis de reconhecer no âmbito universal são a idade da mulher e o número de gravidezes anterior. E que, apesar da baixa mortalidade nos países desenvolvidos onde a maioria das complicações obstétricas se tratam satisfatoriamente, os riscos associados aos fatores citados continuam a existir.

Concluem os autores que a magnitude do risco pode variar de um grupo demográfico a outro, dependendo dos riscos a que estão expostos. Um caso, em que a magnitude do risco de morte é grande, é a população moradora da zona rural e que migra para as grandes cidades, se amontoa em vilas miseráveis em busca de trabalho.

Embora as causas não difiram de uma região para outra, algumas mulheres estão mais suscetíveis que outras ao risco de morrer no período gravídico-puerperal.

De acordo com Mora & Yunes (1993), os fatores que podem relacionar-se ao estabelecimento dos riscos de morte materna decorrem também de limitações econômicas, sociais, culturais, geográficas, da qualidade da atenção de saúde prestada às mulheres, dos serviços de saúde disponíveis para prevenção e tratamento das enfermidades na gravidez, parto e puerpério e da possibilidade ou não do acesso desta clientela a esse tipo de serviço dotado com adequada capacidade de resolução.

A magnitude da mortalidade materna está condicionada então a fatores que colocam em risco a vida da mulher durante o período reprodutivo. Para Tanaka (1995), a identificação do risco gravídico nem sempre é possível determinar antecipadamente, pois nem todos os mecanismos fisiológicos da

gestação, parto e puerpério são conhecidos, o que leva a crer que esse tipo de problema relacionado à saúde materna ainda não foi de um todo resolvido nos países desenvolvidos. Atuar junto a saúde reprodutiva das mulheres é uma condição necessária para impedir as mortes que ocorrem neste período de sua vida.

O risco de morrer, no período reprodutivo, está basicamente associado àquela população empobrecida, que não tem acesso aos serviços básicos de saúde, ou por motivos de dificuldades no acesso geográfico, é o caso das residentes em zonas rurais, ou por não conseguir atendimento no serviço de saúde, ou devido ao desconhecimento e importância ao controle de saúde durante esse período. Além desses fatores sociais, econômicos e culturais, existem outros fatores ligados às mulheres que as fazem sucumbir. Autores como Lippi (198?) referem que relacionar o conjunto de fatores presentes nas patologias severas que levam ao óbito nada mais é do que estabelecer um diagnóstico da situação de cada morte materna. Conforme o mesmo autor, são os fatores de risco para a mortalidade que, presentes, podem caracterizar uma população de mulheres com alto risco para morrer.

Para Faúndes & Cecatti (1994), algumas patologias crônicas incluem-se como agravantes à gravidez, colocando em risco a vida da mulher. Entre essas estão as cardiopatias descompensadas, a insuficiência renal, a hipertensão arterial crônica severa, *diabetes mellitus*, doenças do colágeno e outras. Segundo os mesmos autores, existem também as patologias próprias do processo grávido puerperal que a cada gravidez pode vir a se repetir e com maior gravidade. Estas patologias são causas freqüentes de morte materna, principalmente para aquelas mulheres que residem distantes e com difícil acesso aos serviços de saúde de qualidade. São elas: a retenção da placenta, a placenta prévia centro-total e o descolamento prematuro da placenta.

Esses seriam os casos considerados graves, outras situações são consideradas de maior risco, como a multiparidade e os extremos de idade da mãe. Estão neste grupo aquelas mulheres que não desejam ter mais filhos e que procuram pela prática do aborto, perdendo sua vida involuntariamente (Faúndes & Cecatti, 1994).

Em estudos realizados na Argentina com grupo de mulheres em idade avançada, com riscos de morte materna, os índices atingiram cifras

vertiginosamente ascendentes, mulheres de 40 a 49 anos, as taxas foram de 125 a 161 mortes por 100.000 nascidos vivos (Margulies, 1993).

De acordo com Mora & Yunes (1993), os riscos de uma mulher morrer no período gravídico-puerperal variam de acordo com as diversas restrições econômicas, sociais e políticas e de qualidade da atenção, o que tem condicionado os diferentes aspectos da saúde materna. Portanto, o risco de uma mulher morrer durante a gravidez, parto e pós-parto nos países subdesenvolvidos na região das Américas chega a ser mais de 100 vezes maior que o risco de uma mulher morrer nos países desenvolvidos, assim, na Bolívia, o risco é de 1 em 50, enquanto que, no Canadá, é de 1 em 13.000.

Para a América Latina e Caribe, o risco reprodutivo, ou seja, a probabilidade que uma mulher tem de morrer por causas maternas durante o período reprodutivo equivale a 1 em 79 (Mora & Yunes, 1993). Especificamente no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1991), onde 25% da população geral estão representados pelas mulheres em idade reprodutiva, o risco reprodutivo é 30 vezes maior que nos países desenvolvidos.

Estudo de Mora & Yunes (1993) referencia o trabalho de Syverson *et al.* realizado com mulheres negras em Nova York no período de 1980 a 1984, mostrando que o risco de morte materna nas mulheres negras era de 4,2 vezes maior que nas brancas.

Os mesmos autores citam que, na Guatemala, a taxa de morte materna na população indígena era de 1,6 vezes maior que a população não indígena.

Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a mortalidade devido à maternidade é nove vezes superior à dos países desenvolvidos. No período de 91-95 ocorreram aproximadamente 15.000 mortes maternas na região Centro-América, com isso, o referido estudo sobre a relação do IDH e mortalidade materna mostrou que o propósito do desenvolvimento é criar ambiente adequado para que as pessoas desfrutem de vida longa e saudável. Para que essa realidade se torne viável, é preciso que as pessoas aumentem sua produtividade através do acesso à igualdade de oportunidades, o que não acontece na maioria dos países da América Latina (Cerezo Mulet, 1998).

Para Pereira (2000, p. 131), “a morte materna é uma perda evitável”. Já para Tauil & Lima (1996), são mortes devido a causas evitáveis, pois eticamente correspondem a mortes que não deveriam ocorrer, uma vez que estas causas

poderiam ter sido eliminadas ou seus efeitos controlados, não levando os seus portadores ao êxito letal.

Os vários estudos sobre mortalidade materna são unânimes em afirmar que as mortes maternas, na sua grande maioria, são evitáveis.

Esta evitabilidade tem o seu grau de variação dependendo do local onde foi realizado o estudo. Pesquisa da Organização Panamericana de Saúde (OPS) sobre As Condições de Saúde nas Américas mostrou que, no México, 52% das mortes maternas poderiam ser evitadas. Já na Colômbia, o estudo mostrou evitabilidade na ordem de 92% destas mortes.

Quanto às causas que levam à morte de mulheres no período gravídico-puerperal, são semelhantes nas mais variadas regiões do mundo, sendo que a diferença pode estar nos diversos fatores desencadeantes destas mortes. Souza (1982) relata em seu trabalho estudos como os de Karchmer de que as causas de morte são similares no mundo, mas que os condicionantes sócio-econômicos são diferentes no espaço e no tempo e que, num mesmo tempo cronológico, podem existir diferentes tempos sócio-culturais, apresentando a morte materna de forma heterogênea, com diferentes atitudes mediante este tipo de morte.

Essa situação foi constatada em estudo realizado por Laurenti, em 1995, em cinco áreas do município de São Paulo, mostrando que a mortalidade materna era, na área mais carente, aproximadamente, o dobro daquela de outra localidade que apresentava melhores condições de escolaridade, habitação, acesso a serviços etc.

Estudos sobre as causas da morte materna, um realizado no Brasil, em Ribeirão Preto, e outro no México, ressaltaram que as causas básicas de morte materna eram as hemorragias, as doenças hipertensivas e as infecções. Todas causas que, dispondo de serviços adequados, com profissionais capacitados para o atendimento das urgências obstétricas, recursos técnicos disponíveis como bancos de sangue, laboratórios, supervisão contínua aos atendimentos de urgências e emergências seriam possíveis de ser evitadas.

Estudos como os de Siqueira *et al.* (1984), no Estado de São Paulo, Constataram que os estados hipertensivos na gravidez foram o principal grupo de causas de morte materna, ficando com 29,56% quase um terço dos óbitos maternos. Estão incluídas desde as toxemias (pré-eclâmpsia e as eclâmpsias), as

hipertensões pré-existent, a toxemia sobreposta à hipertensão prévia e também as hipertensões transitórias da gravidez.

Souza (1982) estudou as mortes maternas em hospitais de Florianópolis, verificando a importância do aborto e da infecção como causas de óbito nesse grupo.

Em estudo retrospectivo de Ferreira et al no período de 1989-1993 das mortes maternas no Estado de Goiás, houve o predomínio das causas obstétricas diretas, sendo as principais a toxemia, com 28,4% dos casos, a infecção com 23,9%, e a hemorragia, com 19,9%.

Estudo de Laurenti *et al.* (1994) sobre a mortalidade materna, no município de São Paulo, apontou que as principais causas de mortalidade materna por complicações da gravidez foram: a toxemia gravídica e doenças infecciosas e parasitárias.

No Rio de Janeiro, estudo referente à mortalidade materna, nos anos de 1993-1996, revelou que as principais causas de mortes maternas eram a hipertensão arterial, as hemorragias e as complicações puerperais.

Estudo de Peixoto & Souza (2000) a respeito da mortalidade materna em Santa Catarina (Brasil) realizado de 1980-1998 mostrou que, em primeiro lugar, a hipertensão complicando a gravidez, parto e puerpério foi responsável por quase um terço dos óbitos maternos. O aborto, considerando uma subnotificação maior que as outras causas, aparece em segundo lugar, simbolizando 14,6% dos óbitos, lembrando que estudo de Souza (1982) sobre a mortalidade materna num município desse mesmo estado já apresentava uma relevância para as causas por aborto. Em terceiro lugar, ocupam-se as causas associadas às hemorragias e infecções puerperais.

Estudo realizado por Sass (1996) sobre as causas de morte materna nas regiões brasileiras revelou a hipertensão em primeiro lugar, seguida pelas infecções e hemorragias, sendo que, no início da década de 50, havia predomínio de óbitos causados por infecção, prevalecendo após essa década e ficando até os tempos atuais a hipertensão.

Para Faúndes *et al.* (1987, p. 28), a identificação das causas de mortes maternas permite situar, em áreas específicas da atenção à saúde, os pontos em que deveriam ser investidos os esforços no sentido de reduzir as ocorrências. Sendo assim, eles afirmam que “as complicações infecciosas e hemorrágicas

devem estar relacionadas ao nível da instituição hospitalar e da assistência ao parto, enquanto que as hipertensivas situam-se mais ao nível de atenção primária durante a gravidez”.

Segundo estudos de Netto *et al.* (1989), as hemorragias, infecções e toxemias reduzem-se em função da melhoria do nível sócio-econômico-cultural da população e da adoção de política de saúde consistente voltada, em especial, para a regionalização dos serviços e a formação adequada de recursos humanos.

4.6.3 Por que acontece a morte materna?

Estudo de Bobadilla *et al.* (1992) realizado no México, capital, mostrou que a morte materna ocorre por falta de acesso à medicina moderna, aplicação deficiente dos conhecimentos e tecnologias disponíveis, desnutrição, higiene deficiente, falta de educação, enfim, fatores decorrentes do estado de pobreza que aumentam a probabilidade da mulher apresentar complicações graves na gravidez. Nesse estudo, das 240 mortes analisadas, 85% eram potencialmente preveníveis e que sua ocorrência foi:

- 33% por erro de juízo clínico ou cirúrgico, sendo que, entre elas, os erros mais comuns foram aplicação inadequada da técnica cirúrgica e a decisão de operar quando não havia necessidade. Esse tipo de risco de morte materna é citado por Mora & Yunes (1993) como um excesso de intervenção médica pela prática indiscriminada da cesariana;
- 22% por fatores relacionados com a mulher e sua família;
- 16% com relação à organização hospitalar.

Uma outra situação mencionada como risco para a morte materna é apresentada nesse mesmo estudo no qual os autores mostram que a probabilidade de morrer na gravidez, no parto ou no puerpério, em instituições de seguridade social, é sensivelmente menor que na assistência pública. Os autores concluem que existem duas principais fontes originárias desse problema: a gravidade das complicações que acometem as mulheres que chegam na instituição e a qualidade da atenção médica proporcionada.

Conforme Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS/96, a cobertura do parto em instituição de saúde, em nível nacional, alcança 91,5%. Embora a grande cobertura, ainda persiste a baixa qualidade no atendimento. Um estudo realizado em 460 maternidades públicas e conveniadas, no Estado de São Paulo, mostrou que só 110 contam com condições adequadas para o atendimento ao parto (Maranhão *et al.*, 1998).

Este estudo, em colaboração com o Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), indicou um risco relativo de morte materna de 12 vezes superior por parto cesáreo em relação ao parto vaginal. Na América Latina e Caribe, não existe informação específica sobre a mortalidade por cesárea.

Em estudo realizado em hospitais de 14 países, em 1980, o Brasil apresentou a mais alta taxa de cesariana (32%), enquanto que os Estados Unidos apresentaram taxa de 19%. Somente em dois países foram encontradas taxas inferiores a 10%: Japão e Checoslováquia (7% em cada país). Países como Dinamarca, Espanha, Grécia, Inglaterra, Escócia e Nova Zelândia exibiram taxas entre 10% e 13% (Notzon, 1990). O que se percebe é uma tendência crescente na prevalência do parto cesariano no Brasil, em 1986, a taxa era de 31%, alcançando, em 1996, 36%.

A mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe tem se constituído como um problema social e de saúde de profunda relevância. Pese a sua evitabilidade básica, as mortes por aborto e as mortes por complicações da gravidez, do parto e puerpério continuam figurando entre as dez primeiras causas de mortes de mulheres em idade fértil (Mora & Yunes, 1993).

A gravidez deveria ser uma situação normal na vida da mulher à medida em que deseja trazer um novo indivíduo para a sociedade. No entanto, a vigência dessa situação não é presente numa grande maioria de mulheres em idade reprodutiva, que ainda convive com uma realidade na qual a gravidez culmina como um evento letal.

Isto tem demonstrado que a reprodução não tem trazido vantagens para a mulher, associado às condições de trabalho, na sua maioria com grandes jornadas e baixos salários, expondo a saúde da mulher a grandes riscos. Segundo Türmen & Abouzahar (1994), aproximadamente 15 milhões de mulheres no mundo são acometidas por agravos relacionados ao ciclo grávido-puerperal.

A morte materna, por representar um fenômeno oposto à vida e indesejado, será visualizada neste trabalho na perspectiva de sua evitabilidade, que significa proporcionar às mulheres condições físicas, emocionais e sociais para cumprir com seu desejo de viver uma gravidez saudável concretizada pela maternidade. Fazer com que a gestação seja envolvida por um maior equilíbrio, sem danos para a mãe e o filho.

4.6.4 Mortalidade materna e as políticas públicas

Foi a partir de 1975 que o governo brasileiro assumiu, na V Conferência Nacional de Saúde, prioridade com o grupo materno-infantil, introduzindo o conceito de uma assistência contínua e periódica da mulher durante o período de gravidez, parto e puerpério, com o diagnóstico e tratamento de intercorrências, oferecendo ao binômio mãe-filho condições físicas, psíquicas e sociais para crescer e se desenvolver (Brasil, 1975)

A redução da morbi-mortalidade materna tem sido também meta política da OMS que, desde 1987, propôs reduzir em 50% as mortes causadas por complicações da gravidez e do parto, através da Iniciativa Maternidade Sem Risco, que tem como fim melhorar a saúde materna. A meta desta iniciativa além da criação da consciência para o problema, consiste em estabelecer prioridades, para uma gravidez e um parto saudável, estimulando a investigação e introdução de novas tecnologias e proporcionando assistência técnica e o intercâmbio de informações (FNUAP, 1999).

Outro organismo internacional, Organização Panamericana de Saúde-OPS também assume a proposta para as Américas de reduzir em 50% os índices de mortes maternas para o ano 2000, através do Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna, que tem como finalidade melhorar as condições de saúde da mulher da região, aumentando a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva (OPS/OMS, 1990).

Essa proposta veio mostrar aos países, com altos índices de mortes maternas, que a saúde e os direitos reprodutivos da mulher são uma realidade que deve ser trabalhada, e que uma grande maioria dessas mortes acontecem

devido às barreiras sociais, econômicas e culturais presentes nos países subdesenvolvidos.

Percebe-se que tanto no âmbito nacional como internacional, a maternidade não tem sido priorizada, podendo ser constatado pelos índices de mortalidade materna, apesar de seus números não representarem uma quantidade significativa em função das situações inadequadas dos registros.

A mais recente proposta dos organismos internacionais era a redução em 50% das mortes maternas até 2000, não tendo sido alcançada, a proposta é de que, até 2015, se atinjam índices de no mínimo 60 por 100.000 mortes maternas (FNUAP, 1999, p. 4).

4.6.5 Como evitar esse tipo de morte?

Souza (1982), em seu trabalho sobre mortalidade materna, refere estudo de Stalworthy e Bourne de 1966 que define fator evitável como a existência de uma divergência entre a melhor prática clínica corrente e o que se antepõe ou se tem praticado antes de uma morte materna, porém que não é necessariamente responsável pela mesma.

Os autores agrupam os fatores evitáveis em quatro situações: atitude negativa da paciente, existência de inadequados cuidados obstétricos pré-natais, confusão de responsabilidade, inadequados cuidados intra e pós parto.

Souza (1982), refere estudos de Hutter, realizados em 1967, considerando fatores evitáveis os casos ocorridos por erros médicos, incluídos os diagnósticos equivocados, os diagnósticos tardios e os de tratamento incorreto. E os evitáveis por erro da paciente, como é o caso do aborto criminoso e a procura tardia para acompanhamento da gestação.

Na identificação dos fatores de risco para morte materna, King *et al.* (1993) classificam-nos em risco médico, social e logístico. O risco médico é mediado por doença prévia à gravidez como: a doença renal, as cardiopatias, a hipertensão. O risco social, mediado pelas condições de ignorância e pobreza, e o risco logístico, relacionado com a falta de transporte ou acesso difícil aos serviços de saúde.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 1994, p. 45), é indispensável o estabelecimento de critérios de evitabilidade da morte materna, e que estes

“não só devem ser baseados no diagnóstico e na análise da pertinência das medidas terapêuticas, mas também nas disponibilidades dos serviços de atenção materna e obstétrica especializada, a distância do local de residência da grávida, os meios de transporte disponíveis, a eficiência e a capacidade resolutiva dos serviços disponíveis e também outros antecedentes clínicos e sociais da falecida.”

Segundo Tanaka (1995), a previsibilidade e a evitabilidade do óbito estão ligadas diretamente à oportunidade e à qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, o parto e o puerpério.

Já Gretchen *et al.* (1996) afirmam que a avaliação da existência de riscos, junto com a intervenção adequada e a tempo, auxilia na prevenção de condições incapacitantes. E para que o sistema de avaliação seja eficaz, deve se basear na busca dos fatores que possam pôr em risco a gestação.

Conforme Mauad *et al.* (1989), ao abordarem a prevenção da morte materna, faz-se necessária a reflexão sobre os tipos de intervenções ou a maneira através da qual seria possível evitar essas perdas.

Levando em consideração os fatores condicionantes que determinam a mortalidade materna, admite-se que trabalhar a prevenção como medida para a diminuição dessas mortes não é tarefa fácil, mas precisa ser realizada.

De acordo com Souza (1982, p. 27):

”A prevenção do óbito materno permanece como uma das principais metas dos que atuam direta ou indiretamente na área da saúde pública e da obstetrícia. E que esta prevenção ou evitabilidade tem sido bastante discutida, em especial como uma forma de contribuir para uma redução das taxas gerais de mortalidade e sua distribuição por grupos de causas.”

O controle das causas evitáveis é mister para um trabalho de prevenção a esse tipo de morte, e Faúndes *et al.* (1987) referem que as ações devem recair sobre o controle das causas evitáveis e que abranjam medidas não apenas relacionadas à gravidez, mas à mulher, à família e ao meio social, sendo

que os níveis de ação incluem as fases de pré-concepção, pré-natal, parto e puerpério.

Detectar o grupo de mulheres com risco de morrer no período reprodutivo, estabelecendo um trabalho preventivo junto às mães tanto no período gravídico-puerperal como entre uma gravidez e a seguinte, são metas primordiais para os países onde as mulheres não contam com sistema social justo e equânime que possa impedir a morte precoce por causas maternas.

Segundo Faúndes *et al.* (1987), as proposições para reduzir a morte materna podem ser resumidas em três pontos básicos:

- melhorar o conhecimento sobre o número e as características das mortes maternas;
- aprimorar a identificação de fatores de risco;
- iniciar atividades preventivas baseadas nos conhecimentos atuais.

Sobretudo os autores são enfáticos que a eficácia das propostas se dá através da criação de Comitês de Morte Materna.

A proposta de autores como Faúndes *et al.* (1987), Bobadilla *et al.* (1992) e Rendón *et al.* (1993) para intervir na morte materna está em prover serviços seguros e eficazes de planejamento familiar, atuando previamente na concepção, reduzindo, assim, o número de gravidezes em mulheres para quem a gravidez seja perigosa; promoção da educação e do acesso de todas as mulheres aos métodos contraceptivos é outra forma de intervir na prevenção dos óbitos maternos, principalmente aquelas que já tiveram um ou mais abortos anteriormente; prover os hospitais com recursos humanos suficientes e capacitados assim como suficiência e qualidade nos insumos e equipamentos, utilização de normas hospitalares para manejo das síndromes obstétricas. Cecatti & Faúndes (1994, p. 5) afirmam que

“independente de reconhecer todos os aspectos negativos do aborto e que a medida correta é evitá-lo através da prevenção da gravidez não desejada, não restam dúvidas de que uma legalização criteriosa do aborto contribui para a redução das mortes maternas.”

No entanto, Rendón *et al.* (1993, p. 479) expõem que

“é necessário fazer estudos que permitam conhecer a situação antes de levar à prática de intervenções de maior alcance. E que a intervenção que mais claramente se presta para reduzir a mortalidade materna por abortos induzidos é a adoção de bons métodos contraceptivos.”

Em 1999, a Conferência do Cairo reconheceu a necessidade de colocar à disposição da população os serviços de saúde reprodutiva, com os métodos contraceptivos, e também informação necessária para garantir às mulheres e seus parceiros uma escolha voluntária e consciente dos meios de controle da fertilidade. Atualmente, são mais de 1 milhão de jovens, entre 15 e 24 anos de idade, que já se encontram casados ou que mantêm atividade sexual (FNUAP, 1999). Muitos desses jovens serão progenitores ou muitas dessas jovens serão mães em situação de risco, em virtude de sua suscetibilidade biológica, sua vulnerabilidade a relações sexuais não desejadas, as quais muitas vezes impostas, devido à incapacidade para negociar com seus parceiros relações em condições seguras. Desta situação, advêm desta situação, jovens mulheres com gravidezes indesejadas e que, na sua grande maioria, procuram pela prática do aborto, em condições que levam à perda da vida prematuramente.

Lippi (1991) propõe como forma de intervir nos óbitos por causas maternas a disponibilidade de serviços regionalizado e hierarquizado, sistemas de referência e contra referência, onde se situariam as mulheres suscetíveis à morte no nível hierárquico mais adequado de acordo com o risco em cada momento. Com isso, a assistência corresponderia de forma adequada para cada tipo de gravidez, o que diminuiria sensivelmente o dano letal.

Mauad *et al.* (1989) salientam que a oferta dos serviços deve ser feita concomitante a sua divulgação através dos meios de comunicação disponíveis e de programas de educação para a saúde.

5 A MORTE MATERNA: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

“Tampouco nós, os cidadãos, estamos cumprindo com o dever [...] Tomemos nós, cidadãos comuns, a palavra. Com a mesma veemência com que reivindicamos os direitos, reivindicuemos também o dever dos nossos deveres. Talvez assim o mundo possa ser um pouco melhor.”

(Saramago, Jornal do Brasil, Caderno B, 12/12/98).

Nesta última parte do estudo, realiza-se uma reflexão ética sobre os óbitos maternos estudados pelo Comitê de Mortalidade do Estado de Santa Catarina. Sistematizou-se os dados coletados em quadros (anexo 5), para a análise com a respectiva reflexão, em quatro sub-itens: as mortes evitáveis; a responsabilidade da sociedade; a responsabilidade do Sistema de Saúde e a responsabilidade da mulher.

O que se percebe é que hoje, com todos os avanços, não se trata tanto de sobreviver, mas como saber viver. Para isso, é necessário um conhecimento que permite uma plataforma de conciliação das diferenças, que seja compreensivo e íntimo e represente um excelente ponto de encontro entre teorias e práticas cotidianas. A bioética, entendida como lugar comum à ciência e a discussão ética, é trazida neste estudo como marco referencial para a compreensão das situações reais da vida cotidiana aqui representada pela morte materna e como possibilidade de realização do dever cumprido para a concretização de um mundo melhor.

Refletir sobre questões éticas exige uma vontade de ir ao encontro daquele que está oprimido, preterido à realização do viver bem e saudável num todo coletivo. É uma reflexão sobre certezas e consensos difusos, que revela a vontade de ir além das práticas instituídas, das bruscas alterações nas crenças coletivas, da defesa de interesses pessoais. Assim a ética, se manifesta na busca do entendimento sobre a pessoa, sua forma de estar e se posicionar individual e coletivamente.

O estudo realizado com uma reflexão das questões éticas sobre a assistência obstétrica, torna-se um canal para apontar questionamentos quanto à estruturação da assistência, à qualidade e às dificuldades apresentadas no atendimento à mulher.

5.1 As mortes evitáveis

As mortes devido às causas evitáveis, eticamente, correspondem a mortes que não deveriam ocorrer, uma vez que estas causas poderiam ter sido eliminadas ou seus efeitos serem controlados, evitando, assim, a letalidade de seus portadores (Tauil & Lima, 2002).

O mais grave desta situação é que se trata de mortes que, na sua maioria, as causas são inteiramente conhecidas da medicina, com meios para diagnosticar, tratar e impedir este tipo de dano.

Dos 15 óbitos que subsidiam este estudo, a maioria (doze – 12 casos) foi classificada pelo Comitê de Mortalidade Materna como evitável. Dois (2) óbitos foram classificados como inevitáveis (figura 1, anexo 5). O primeiro referiu-se a um (1) caso de septicemia pós-parto por abscesso subfrênico, decorrente de lesão perfurante por arma branca, que evoluiu para uma endometrite seguida por septicemia e óbito. O outro caso classificado como inevitável foi de uma paciente de quadro clínico de convulsão e confusão mental, sendo confirmado como encefalite. Em um (1) caso não foi informada a evitabilidade, trata-se de um óbito em que a causa básica foi a coagulação intravascular disseminada. Na bibliografia consultada, não houve menção quanto ao prognóstico de sobrevivência de pacientes acometidas por CID.

A reflexão sobre a evitabilidade é intermediada por alguns estudos que tratam de alguns fatores relacionados a este tipo de morte materna, destacados conforme segue.

A VIA DE PARTO

Segundo alguns autores a via de parto apresenta maior ou menor risco para a mortalidade materna, para Faúndes & Cecatti (1995), o parto via vaginal apresenta menor risco para a mortalidade materna quando comparado ao parto

cesáreo. Se considerarmos os níveis a que têm chegado os índices deste último no país, este fato seria motivo para a alta mortalidade materna. Estudos têm mostrado também a relação da alta incidência dos partos cesáreos com a ocorrência de laqueadura. Estudo realizado por Chiaravalloti (1996), em uma cidade paulista, mostrou que a laqueadura apresentou associação estatisticamente significativa com a realização de cesáreas, explicando 27% das cesáreas da amostra.

Já para Neme & Neme (1996. p. 19), nem sempre a cesárea é a grande responsável pelo óbito materno, sua prática, em geral, resulta de complicações da gestação agravando os índices de mortalidade materna. Segundo os mesmos autores, "... a grande incidência da cesárea em nosso meio (32,4%) sugere que suas indicações nem sempre devem ter sido patologias agravantes do prognóstico materno".

De acordo com Royston & Armstrong (1991), 85% dos partos são normais nos grandes hospitais dos países em desenvolvimento, o resto são de partos cirúrgicos, que podem ser de vários tipos, como fórceps obstétrico, extração a vácuo, são os chamados extração vaginal cirúrgica e o mais comum destes partos é o de extração abdominal, a cesareana. Para os autores, o parto espontâneo e normal por via vaginal é mais seguro, a morte por complicações puerperais de um parto normal é possível, porém rara, especialmente nas mães que tiveram uma gravidez sem problemas de saúde. Em contrapartida, o parto cirúrgico apresenta riscos para a mãe e o conceito, riscos inerentes ao ato cirúrgico como a anestesia, a transfusão sangüínea e, em parte, à complicação da gravidez que levou à cirurgia. Outras complicações podem advir do pós-operatório como as hemorragias e infecções.

Segundo Faúndes & Cecatti (1995), o que se assiste hoje é um aumento tanto na frequência quanto na popularidade da cesareana. Junto disto uma redução da morbimortalidade materna e perinatal devido o desenvolvimento de técnicas de apoio à assistência à gravidez, ao parto e cuidados neonatais, e não necessariamente em função da via de parto. Para os autores, esta relação tem respaldado o aumento indiscriminado da prática da cesareana no mundo inteiro, principalmente no Brasil.

O risco de morte materna associada à indicação de parto cesáreo chega a ser de duas a onze vezes maior que o parto vaginal. E riscos como

infecção, embolia, hemorragia, acidentes anestésicos são cinco a dez vezes maior no parto cirúrgico que no parto vaginal. A cesareana deixa de ser risco à vida do binômio mãe-filho quando indicada e realizada adequadamente (Faúndes & Silva, 1998).

Rezende & Montenegro (2002) referem sobre as situações nas quais ocorreriam a cesareana. Uma primeira situação seria a realização da cesárea por solicitação da mãe, sem indicação materna ou fetal. Conforme os autores, seria duvidosa a realização de um parto vaginal, podendo aumentar o número de intervenções em paciente já convicta da realização de cesareana. A mesma acabaria sendo feita por distócia intercorrente.

Outra situação de indicação de cesárea, de acordo com Rezende & Montenegro (2002), é nas gestações de alto risco. Há de se avaliar o padrão sócio-econômico da mulher e os resultados auferidos na proteção da vida materna e fetal.

Faúndes & Silva (1998) apresentam uma classificação da cesárea segundo a justificativa para sua execução: absolutamente não justificada, mal justificada, com justificção duvidosa, plenamente justificada.

Conforme a figura 2, (anexo 5), dos 8 (oito) óbitos registrados cujo parto foi via cesárea, em cinco (5) deles havia a indicação por eclampsia anteparto, um (1) por embolia, um (1) por doença infecciosa específica da gravidez e apenas um (1) foi eletivo. As cesáreas plenamente justificadas, seriam aquelas que permitem preservar a saúde ou proteger a vida da mãe e/ou do feto, com risco do binômio, menor que aquele gerado pelo prolongamento indevido da gravidez ou pela tentativa de ultimar o parto via transpélvica. Pela classificação dos autores citados anteriormente, pode-se deduzir que a maioria das cesareanas realizadas estiveram associadas as complicações clínicas cujas indicações eram éticas e portanto, segundo a avaliação do Comitê podem ser consideradas plenamente justificadas. Não se pode afirmar o mesmo para uma cesárea eletiva que teve como causa de óbito “hemorragia intravascular disseminada, podendo ser considerada como condição agravante à vida materna e do conceito, com risco de prematuridade iatrogênica e desconforto respiratório neonatal.”

Dados da World Health Organization – WHO (1997) mostraram que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e que nada justifica taxa maior que 10% a 15%.

PARIDADE

Esta variável, segundo alguns autores como Rezende & Montenegro (2002), a primeira gestação e a partir da quinta em diante, o risco de a gestante apresentar complicação aumenta de duas a três vezes. Enquanto que da segunda gestação a quarta o risco é mínimo. Autores como Neme (1995) afirmam que as primeiras gestações são sempre perigosas e requerem cuidados particulares, principalmente no desencadeamento das toxemias.

Segundo Royston & Armstrong (1991), independente da idade da mãe, a segunda gestação e a terceira são as que apresentam menos problemas. O risco de complicações graves como: hemorragia, ruptura uterina e infecção aumentam gradativamente após a quarta gestação.

Conforme os dados apresentados na figura 3 (anexo 5), nos 15 óbitos analisados houve o predomínio dos óbitos de mulheres que tiveram de um (1) a quatro (4) partos, a maioria das mulheres, nove (9), estavam entre a terceira e a quarta gestação, sendo incluídas na classificação de múltiparas, pois já tinham tido de dois a três partos.

O óbito materno das mulheres deste estudo, segundo o Comitê não foi desencadeado pelo número de vezes que pariram ou que ficaram grávidas. Assim portanto, é lícito perguntar acerca da ética da argumentação sobre esta variável, como afirma Souza (1982) a multiparidade em si ou o conjunto das condições sociais e econômicas que de um lado determinam a própria multiparidade e por outro, a levam a morrer, seja por complicações associadas, seja por falta de acesso aos serviços de saúde, ou seja ainda porque o conjunto das condições de vida lhe é excludente da própria vida.

INTERVALO INTERPARTAL

O intervalo entre uma gravidez e outra é fator importante para redução da morbi-mortalidade materna, segundo a voz corrente de autores que trabalham com a assistência obstétrica, conforme se pode observar a seguir.

Royston & Armstrong (1991) recomendam o intervalo de dois anos entre os partos para que o organismo da mulher tenha tempo de recuperar-se das exigências da gravidez e lactação. Relatam um estudo em três hospitais de

Bangkok, Tailândia, no qual foi evidenciado que o intervalo menor do que dois anos entre uma gravidez, e outra representava um risco duas vezes e meia maior para as morbidades e óbitos por causas relacionadas com a gravidez, parto e puerpério do que os intervalos de mais de dois anos.

No estudo se mostra, na figura 4 (anexo 5), que o predomínio dos óbitos foi das mulheres que tinham um espaçamento de 1 a 2 anos da última gestação. É importante ressaltar que, dos 15 óbitos analisados, em seis (6) deles não constava esta informação, sendo em dois (2) casos ignorado e em quatro (4) casos não foi informado. Fica de imediato a pergunta se há consciência ética sobre a relativa importância desta variável – espaçamento ou intervalo interpartal, como um dos componentes contributórios para a ocorrência do óbito materno. Por outro lado, pode-se questionar se é mais uma forma de demonstração da falta de consciência acerca da importância dos registros sobre a clientela e os procedimentos a ela ofertados. No entanto, os autores a seguir, tradicionalmente conhecidos na obstetrícia, afirmam o que segue sobre o intervalo interpartal.

Segundo Rezende & Montenegro (2002), a mulher necessita de 2 a 3 anos de intervalo entre os partos para se recuperar de uma gravidez e se preparar para outra.

Faúndes & Cecatti (1994) complementam indicando que o sistema de saúde deve orientar e prover os meios necessários de evitar uma gravidez, principalmente, o grupo de mulheres com risco para a morte materna, disponibilizando a informação à mulher e seu parceiro a respeito dos riscos de uma nova gravidez sem o espaçamento preconizado e os métodos contraceptivos. Demonstram a necessidade de um acompanhamento pré-natal, com enfoque à educação em saúde à gestante e sua família, orientando-os sobre a importância de meios que impeçam gravidezes indesejadas e não planejadas, decorrendo em risco de vida para a mãe e também para o filho.

No entanto, cabe aqui perguntar – não seria o trabalho multidisciplinar um caminho para desenvolver a educação intraequipe para estimular a população a ter os filhos que desejar ou puder, sem esquecer no entanto o compromisso com a preservação da saúde e da vida da mulher?

É ético afirmar que, o não cumprimento do intervalo interpartal é de exclusiva responsabilidade da mulher? É ético afirmar que somente o intervalo

interpartal curto é quem desencadeia o óbito? Como ficam os recursos assistenciais para atender as mulheres com necessidades especiais?

USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO

O Brasil apresenta-se como um país com uma das mais altas prevalências de anticoncepção no mundo e uma redução paralela da fertilidade. De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) (1995), o apoio ao planejamento familiar como conceito ou direito não está em dúvida. O que está em dúvida é o nível de atenção que o planejamento familiar recebe do governo.

A escassez de métodos reversíveis nas instituições públicas e o elevado custo dos contraceptivos hormonais orais nas farmácias têm contribuído para a alta prevalência da esterilização cirúrgica e a prática do aborto induzido (FNUAP, 1995).

Há uma realidade de completa ineficácia no gerenciamento logístico dos métodos contraceptivos. A disponibilidade de DIUs e diafragmas, por exemplo, encontrado em setores de instituições públicas onde havia profissionais treinados para usá-los era suficiente, em contrapartida, esses insumos sobravam. (FNUAP, 1995). Este tipo de planejamento familiar é questão de preocupação, pois não estaria cumprindo com sua função de contribuir para a prevenção de mortes evitáveis como a morte materna. Segundo Cecatti & Faúndes (1994), o problema do planejamento familiar no Brasil é o acesso à informação e aos meios de evitar a gravidez nos grupos de risco de morte materna.

Achados como os de Berquó *et al.* (1985) afirmam que a escolaridade influencia no número de filhos na medida em que está relacionada a fatores intervenientes como a procura tardia pelo casamento, o acesso ao mercado de trabalho e a capacidade de utilizar métodos contraceptivos.

Inquéritos realizados na cidade de São Paulo em 1992 mostraram que a grande maioria das adolescentes tem conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, contudo, existe um grande vazio entre o conhecer e o usar. Entre as adolescentes com vida sexual ativa, notou-se que a prática da anticoncepção é reduzida, porém, daquelas usuárias, a grande maioria delas usava pílula (Schor *et al.*, 1997).

Vários estudos argumentam em favor da relação entre baixa fecundidade, nível educacional e alta prevalência de método contraceptivo. Dentre eles, destaca-se o de Berquó (1989), que diz que a prevalência do uso dos métodos contraceptivos nos países desenvolvidos é similar à do Brasil, 70%, existindo, diferenças quanto ao tipo de método utilizado. Métodos como camisinha, interrupção do coito, diafragma e métodos naturais correspondiam a 40% do total dos utilizados em países desenvolvidos, não sendo considerados estes métodos como eficazes, basta visualizar as taxas de crescimento dessas populações. Poder-se-ia compreender esta situação por tratar-se de uma população com elevada escolaridade, em que as mulheres entenderiam mais facilmente as informações sobre a fisiologia da reprodução humana e os mecanismos dos métodos contraceptivos, utilizando-os corretamente e, assim, otimizando sua eficácia.

Por fim, a melhoria do acesso e da qualidade aos serviços de planejamento familiar, proporcionando a disponibilidade de métodos contraceptivos, além de informação e aconselhamento para a mulher e sua família, podem contribuir para a adoção, o uso correto, a satisfação e a continuidade da contracepção. Deste modo, haverá uma influência direta nos fatores como diminuição do intervalo entre uma gravidez e outra e a multiparidade, fatores que predispõem ao óbito materno. No entanto, de modo ético se deve registrar que o planejamento familiar, independente do tipo de método que seja adotado, não se constitui em justificativa para a redução da mortalidade. Convém lembrar que o planejamento familiar não se constitui em estratégia, particularmente quando adotada como única, para resolver os problemas sociais e a exclusão de pessoas.

Neste estudo, como pode se observar na figura 5 (anexo 5), dos 15 óbitos analisados, em cinco deles, as mulheres faziam uso de contraceptivo hormonal oral (CHO), apenas uma (1) utilizava o dispositivo intra uterino (DIU e duas (2) delas não utilizavam nenhum método contraceptivo.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Considerando que o número de consultas pré-natal já está preconizado e reconhecido mundialmente como uma das estratégias para redução das complicações associadas ao período grávido puerperal, diferenciado

inclusive quando avaliados os fatores de risco, no presente estudo procurou-se identificar como o Comitê havia observado em Santa Catarina. Na figura 6 (anexo 5) demonstra-se que dos nove (9) óbitos que se contava com esta informação apenas quatro (4) correspondiam ao padrão recomendado pelo Ministério da Saúde, ou seja seis consultas, e os outros cinco (5) casos estiveram abaixo do número indicado. O fato de contar-se com um número de consultas recomendadas, não significa o sucesso da ação, até porque, não se contou com a data de início do pré-natal, dentre outras considerações que poderiam ser feitas no caso de existir uma avaliação sobre o pré-natal.

Autores como Royston & Armstrong (1991), Mora & Yunes (1993), Bobadilla *et al.* (1992) são unânimes em afirmar que a atenção ao pré-natal é uma das intervenções sanitárias mais eficazes para a prevenção da morbidade e mortalidade materna, especialmente, em lugares onde a saúde das mulheres é mais vulnerável.

Num estudo nigeriano sobre mortalidade materna, citado por Royston & Armstrong (1991), ficou evidenciada a relação entre pré-natal e morte materna. Das 7.654 mulheres da amostra que não haviam recebido atenção pré-natal, morreram 219, enquanto que entre as 15.020 que haviam recebido atendimento pré-natal, morreram apenas 19.

Quanto à avaliação da qualidade do pré-natal, no relatório do Tribunal de Contas da União (Brasil, 2000) é referenciado o estudo de Lens *et al.* (2000) sobre avaliação do pré-natal. Neste estudo, são apresentados três possíveis indicadores para a avaliação da qualidade da atenção pré-natal, quais sejam: época de início do pré-natal anterior à vigésima semana de gestação; número de consultas maior ou igual a seis durante a gestação; e índice de Kessner modificado por Takeda, que é uma combinação dos dois indicadores anteriores.

Quando se considera a questão ética da evitabilidade do óbito materno, é preciso implementar uma assistência pré-natal de qualidade, com registros adequados e que estabeleça uma interação com a rede hospitalar, o que de certo modo não se pode afirmar ter acontecido em Santa Catarina, com os óbitos maternos estudados pelo Comitê.

IDADE DA GESTAÇÃO NA PRIMEIRA CONSULTA

O contato precoce, freqüente e contínuo com a gestante proporciona uma oportunidade ideal para avaliar e identificar problemas existentes que possam pôr em risco a vida da gestante e do feto (Aumann & Baird, 1996).

Na figura 7 (anexo, 5) é possível observar que o maior número de óbitos foi de mulheres que realizaram o primeiro atendimento pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Este achado possibilita questionar – o que houve com a assistência dessas mulheres que procuraram precocemente o pré-natal e o término da gestação culminou em óbito? O serviço de pré-natal estaria capacitado para reconhecer os riscos que essas mulheres estariam correndo, dado a história de vida e obstétrica? O serviço oferece aos profissionais condições para acompanhar a mulher durante toda a gestação, ou esta mulher circula entre vários profissionais? Os profissionais estariam devidamente capacitados para realizar o pré-natal e a intervenção complementar requerida pelos diferentes graus de risco? Enfim pode-se considerar ético que morra uma mulher que procura o pré-natal no tempo devido e sua gestação finaliza em óbito?

No entanto, autores como Faúndes & Cecatti (1995) referem ser o pré-natal um componente da melhoria na oferta da assistência, bem como a orientação e educação da população quanto às vantagens e necessidades da realização de consultas. Os autores alertam ser fundamental a orientação e educação no sentido de estimular a consulta precoce, desde o momento que a mulher saiba que está grávida. Assim, quanto mais precocemente a mulher chegar aos serviços de saúde, melhor será a intervenção visando à prevenção da morte materna.

Os argumentos destes autores, possivelmente, não eram do domínio daqueles que participaram da assistência das mulheres que compõem o quadro do presente estudo.

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Muitos dos problemas que levam a morte materna são decorrentes da situação sócio-econômica deficiente das mulheres e sua família. Má nutrição, más condições de moradia e saneamento, dificuldade de acesso a direitos fundamentais como educação e serviços de saúde de qualidade, são alguns dos determinantes sociais que compõem esta complexa situação multifacetada.

No presente estudo, visualizou-se o perfil sócio-econômico das mulheres que morrem por causas associadas à gravidez, parto e puerpério.

Os casos apresentados pelo estudo demonstram que a condição sócio-econômica das mulheres que morreram se constituiu em fator de risco para a morte materna. A predominância dos óbitos ficou compreendida nas faixas etárias de 20 a 39 anos de idade, totalizando 11 dos 15 óbitos estudados (anexo 5, figura 8).

Segundo Mora & Yunes (1993), Royston & Armstrong (1991) e Faúndes & Cecatti (1995), a idade materna tem sido apontada como importante fator na avaliação do risco materno. Quando a maternidade ocorre nas faixas etárias com mulheres entre 18 e 30 anos, o risco é menor, aumentando progressivamente nas faixas etárias abaixo de 18 anos e acima de 30 anos.

Quanto ao tipo de ocupação, se sobressaiu “do lar” com dez (10) casos, os outros cinco (5) tipos de ocupações distribuíram-se com uma menor diferença, entre eles: diarista, professora, autônoma e agricultora conforme figura 9 (anexo 5).

Isto significa que a maioria das mulheres que engravidaram e morreram se envolviam com os afazeres da casa, atividade não remunerada produtivamente, ou seja, não estavam no mercado formal de trabalho.

De acordo com Rendón *et al.* (1993), os problemas de saúde materna relacionados com o trabalho não se apresentam como consequência do trabalho em si, mas com a sobrecarga do trabalho fora de casa associado ao trabalho doméstico. Conforme este estudo, as mortes maternas ocorridas não condizem com o que é apresentado na literatura, em que a mulher com maior risco de morte materna seria aquela com atividade fora do lar.

Quanto ao nível de escolaridade, o estudo mostrou, conforme a figura 10, anexo 5, que a maior parte das mulheres que morreram tinham o primeiro grau, sendo que, destas, sete (7) possuíam o primeiro grau completo e cinco (5), o primeiro grau incompleto. Das 15 mulheres que fizeram parte do estudo, apenas três (3) tinham o segundo grau e nenhuma com escolaridade de nível universitário.

Esta situação se aproxima muito ao que está referido na literatura que aponta para uma relação entre morte materna e baixa escolaridade.

A renda familiar não foi analisada devido que o maior número de óbitos não contava com o registro desta informação, figura 11, anexo 5. Retoma-se a pauta da compreensão profissional sobre a importância de registro dos dados, até mesmo para elucidação da ocorrência e prevenção de outras. Assim, os serviços precisam orientar e supervisionar os profissionais para observância do compromisso com o registro da informação.

Apesar do comprometimento das informações sobre condição econômica, houve reconhecimento pelo Comitê de que as mulheres em sua maioria tinham baixa renda salarial, sugerindo a relação da situação econômica com o risco de morte materna. Segundo Royston & Armstrong (1991), o estado da gravidez e amamentação impõem exigências nutricionais que as mulheres de baixa renda salarial poucas vezes podem satisfazer, ficando expostas ao risco de morte por desnutrição.

Para a Organização Panamericana de Saúde (1990), as más condições sociais, econômicas e culturais da mulher contribuem na piora da situação de saúde presente, como também para toda a sua prole. A má saúde durante a gravidez intensifica o risco da mãe enferma dar a luz a filhos enfermos, e se o filho sobreviver, serão grandes as probabilidades de se perpetuar esta situação.

Mora & Yunes (1993) nos apontam que a probabilidade de uma mulher morrer, na América Latina e Caribe, por causas maternas durante sua vida reprodutiva equivale a 1 em 79, enfatizando, porém, que esta probabilidade varia de país para país e de uma região para a outra.

Os diferenciais dessa situação estão relacionados com questões políticas e sócio-econômicas, como empregos, salários, educação, bem como questões culturais, como hábitos de uso de método contraceptivo, aceitação do acompanhamento pré-natal. Também relacionam-se com questões demográficas como paridade, e espaçamento entre ela, assim como o tipo de atendimento de saúde oferecido na gestação. Enfim, todas estas questões estão ligadas a óbitos de mulheres que apresentam semelhanças, sejam elas do Norte ou do Sul do Brasil.

5.2 A responsabilidade da sociedade

“Os direitos dos indivíduos têm a preeminência sobre os interesses da ciência e da sociedade”. Entretanto, afirma-se, ao mesmo tempo, “que a sociedade deve garantir um acesso igual aos serviços de saúde.” (Berlinguer, 2000)

A priori, não se deveria considerar a saúde como um bem qualquer, mas sim um bem, como pré-condição indispensável para os outros bens e garantido por códigos, leis, meios conciliatórios para a compreensão das muitas diferenças apresentadas no cotidiano. A Carta Magna de 1988 e a Declaração dos Direitos Humanos são exemplos de bases éticas intermediadoras para o entendimento das diferenças do comportamento humano.

Para Pegoraro (2002), a diferença do homem dos demais animais está, além do amadurecimento físico, o amadurecimento ético que é alcançado, sobretudo, quando ele age segundo valores adequados ao seu modo de existir. A partir daí, ele estará atingindo o estágio ético de sua maturidade. Esta característica do homem de possuir valores é transmitida culturalmente, fruto de muitas experiências e tradição humana. No desenvolvimento do homem, os valores éticos foram construídos e adquiridos geração após geração. Trata-se aqui da relação do homem como pessoa revestida por princípios, capazes de compreender e considerar as várias dimensões: ética, religiosa, política, econômica, sociológica e cultural que interferem no fazer saúde. A relação do homem moderno envolvido pelo progresso biotecnológico e a situação de vida e morte das mulheres em idade reprodutiva. Até onde este progresso trouxe o bem-estar aos povos ou é sinônimo de boa saúde? Sabe-se que a perda da saúde não depende somente de fatores biológicos, ela está diretamente relacionada com os fatores econômicos, sociais, que, na sua maior parte, são condicionantes e, às vezes, determinantes dos agravos em saúde.

Na literatura consultada para este estudo, encontrou-se relação da morte materna com a pobreza, o acesso restrito aos benefícios da medicina para a preservação da vida, dentre outros. O acesso lhes é limitado por não possuírem recursos para transporte e locomoção até os serviços de saúde ou não terem acesso por não dispor de serviços adequados, para a prestação de atendimento digno que mantenha a vida da mãe e do conceito. Na realidade, são mulheres

excluídas da sociedade, onde o acesso aos bens e serviços também lhes é negado.

As desigualdades econômicas e sociais e a discriminação da mulher ao acesso às melhores condições de vida contribuem para que as mesmas tenham suas vidas ceifadas como uma situação semelhante à apresentada neste estudo. Daí porque autores como Souza (1982) refere ser a morte materna um indicador social.

Desta então, o estar-bem, com saúde, significa não somente ter boas condições físicas, mas também usufruir de condições éticas instituídas pelos códigos socialmente reconhecidos, como por exemplo a Constituição do Brasil (1988).

Berlinguer (1996) aponta esta preocupação no final do último milênio com a saúde dos povos, sobre quais princípios e quais métodos estará o agir dos indivíduos para conseguir um bem-estar à humanidade.

A morte materna é um tipo de morte que a caracteriza como a morte representativa das camadas pobres, de populações onde o desenvolvimento não foi capaz de lhes proporcionar uma situação de vida digna, revelada nas iniquidades presentes no cotidiano feminino. É evidente que este tipo de morte pode acometer mulheres com melhores condições sociais e de saúde, mas numa proporção muito pequena, porque os riscos de morte ligados aos fatores biológicos como eventuais patologias, se bem acompanhadas por serviços de saúde adequados, conseguem reverter o quadro de forma favorável.

A morte materna é resultante da situação iníqua e injusta na qual vivem as mulheres. Isto porque, não há disponibilidade de todos os serviços às necessidades das mulheres, ou seja, a demanda é maior que a oferta.

Há distância entre a demanda e resposta às pessoas por anticoncepcionais. No levantamento realizado por técnicos do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), foi encontrado uma realidade de completa ineficácia no gerenciamento logístico dos métodos contraceptivos. A disponibilidade de DIUs e diafragmas, por exemplo, era suficiente em setores de instituições públicas onde havia profissionais treinados para usá-los, em contrapartida, esses insumos sobrava.

A escassez de métodos reversíveis nas instituições públicas e o elevado custo dos contraceptivos hormonais orais nas farmácias, têm contribuído

para a alta prevalência da esterilização cirúrgica e a prática do aborto induzido (FNUAP, 1995).

Por outro lado, a morte materna é injusta a partir do momento em que mulheres conseguem chegar ao final da gravidez vivas e outras não. Quando o risco gestacional é detectado, os problemas se avolumam pois, em geral, acometem mais as mulheres de condição social-econômica baixa que têm dificuldade de acesso aos níveis mais complexos de assistência. Situação esta que se agrava com a falta e falha do sistema de referência e contra referência. O acesso aos serviços também é dificultado pelo sistema de transporte, que não podem pagar e, além disso, não as levam diretamente para os serviços de saúde, particularmente os serviços especializados. Tratando-se de transportes coletivos, representam mais um risco para quem já está com a gravidez comprometida.

A reflexão sobre a morte materna no contexto ético das situações da vida cotidiana, requer uma atenção especial as questões sociais para compreender a saúde, pois além dos escassos recursos disponíveis, convive com a influência dos atores envolvidos, suas práticas, valores e princípios. Para isto, faz-se necessário uma revisão das políticas e ações públicas frente ao compromisso ético de proporcionar as condições mínimas de vida para os cidadãos e intermediar a resolução de problemas como a morte materna que incide sobre a sociedade.

O estudo sinaliza para uma provável negação da existência de um direito humano fundamental ao provimento da assistência à saúde. Isto porque, a mulher, em geral, percorre vários serviços de saúde para ter seu filho e nem sempre ambos saem vivos. Pode-se perceber que a garantia de resolutividade dos problemas maternos não está posta em prática como explicitada na Carta Constitucional, como dever ético do Estado. No quadro 2 (em anexo), mostra-se o itinerário da mulher para ter seu filho, onde é possível observar como procede ao sistema de referência no atendimento a mulher grávida.

O programa de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, compromisso assumido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se traduziu numa forma utópica e inoperante de fazer saúde, pois as diferenças entre os cidadãos necessitados e os que acumulam riquezas aumentaram. Segundo este enunciado, a saúde para todos está longe de ser alcançada, e os princípios éticos, portanto não estão sendo observados na prática.

A morte materna envolve uma pluralidade de atitudes, aproximando os indivíduos em torno de um objeto comum, buscando uma consciência além do dever, para uma consciência ética da responsabilidade e do comprometimento. Trata-se de uma busca que por meio dos princípios, contribuem para as condições de aceitabilidade do viver bem e com dignidade. Portanto, avaliar a relação das mortes maternas com a responsabilidade social implica em um olhar sobre a equidade, a qualidade da assistência e o bem-estar.

Ressalte-se que equidade não significa o mesmo que igualdade. Particularmente no campo da saúde, os indivíduos não são iguais, e a sociedade deveria se responsabilizar em adotar medidas desiguais para compensar as iniquidades (Berlinguer, 1996).

Desigualdades iníquas são aquelas relacionadas à dificuldade de acesso à qualidade inadequada por parte dos serviços de saúde.

As mortes maternas são iníquas, pois provêm de situações desiguais de acesso aos serviços de saúde de qualidade, ficando visível, no estudo, que as mulheres tiveram mortes associadas a problemas diversos mas que com uma boa assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, esta morte teria sido evitada. O princípio da equidade permite a cada um conseguir orientações e decisões, seja pela responsabilidade individual ou pela responsabilidade pública, e um comprometimento entre os cidadãos. Este princípio, vem subsidiando propostas que dão outro ordenamento à idéia de justiça e igualdade.

A justiça não se restringe somente à redistribuição igual dos recursos existentes, o fundamento ético da justiça está em ajudar cada um a buscar sua autonomia, sua liberdade de decisão, melhorando a si mesmo e, assim, multiplicar a riqueza moral e material da sociedade (Berlinguer, 2000).

O entendimento da mortalidade materna leva a aplicação do princípio ético da justiça que poderá favorecer a mudança de tal situação. Uma das concepções de justiça é a distributiva, que tem a máxima “a cada um segundo as suas necessidades de saúde, pela qual os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente.” (Fortes, 1997, p. 1)

Particularmente no estudo, pode-se observar que as mortes maternas são influenciadas pelas condições econômicas. Os riscos de óbito existem e são diferenciados quando se observa a realidade econômico-social das mulheres, e tornam diferente o quadro de causas de morte. A diferença do risco de morte

materna originado por patologias como diabetes, cardiopatias, risco anestésico no parto cirúrgico é visível do risco de morte por causas hemorrágicas, infecciosas ou hipertensivas em mulheres de diferentes classes sociais.

Este panorama suscita a necessidade de ampliação das reflexões para além dos interesses individuais, sobre os quais o coletivo se fará presente mediante a ética das responsabilidades de todos os agentes sociais, profissional e institucional.

É preciso estabelecer uma relação que tenha como eixo o compromisso ético de uma atenção à saúde com equidade e justiça e que permita garantir a dignidade humana.

Segundo Caponi (1995), o compromisso ético significa tratar as pessoas como pessoas e nunca como coisas. O estabelecimento de nossas ações deve ter a mulher como o centro dos interesses, não como meio para atingir um fim, mas como um propósito de atender às suas necessidades, contribuir na resolução dos seus problemas, promovendo a melhoria das condições de saúde.

O outro item a ser refletido, no que concerne à responsabilidade social, é a qualidade da assistência, que presumivelmente os resultados do estudo sugerem estar comprometida.

Hoje, mais que em outros tempos, a medicina cercou-se por um aparato tecnológico que colocou à margem a saúde pública e a atenção médica preventiva, fazendo da prática de saúde uma completa medicalização da saúde, visível no estudo através do predomínio do parto cesáreo. É relevante observar em prática, uma assistência não excludente, priorizando a relação humana entre profissional de saúde/cliente, na qual cada pessoa tem direito ao mesmo respeito e à mesma atenção.

A questão do agir ético como a busca do bem, sugere a necessidade de repensar a ética com que se analisa e intervém nas questões de saúde. Se a ética consiste em distinguir o bem e o mal, na busca conciliatória de todas as vontades e interesses para o bem da humanidade, as mortes maternas, particularmente as evitáveis, se constituem em indicador de uma realidade não ética. Não ética porque, as práticas de saúde beneficiam poucos e se abstêm de uma grande maioria populacional.

O comprometimento da ética pode ser observado ainda nas questões sobre o aborto. Neste estudo um (1) dos casos de óbito este associado ao término da gestação entre 20 ou menos semanas, o que é considerado pela literatura de abortamento. Para Rezende & Montenegro (2002), o abortamento é a expulsão ou extração de concepto pesando menos que 500 gramas com gestação entre 20 a 22 semanas completas antes de o concepto atingir a vitalidade.

Segundo Faúndes & Cecatti (1995), é evidente que a maior proporção de mortes por aborto é decorrente de abortos provocados, quando realizados ilegalmente e na clandestinidade, sem contar com os meios para evitar suas complicações como as hemorragias e infecções que levam à morte. Sendo assim o aborto é um mal para a mulher, a partir do momento em que ela não dispõe de meios adequados para interromper uma gravidez, procurando por práticas clandestinas que colocam em risco sua vida. Assim, outros problemas decorrentes de uma gravidez, como as hemorragias, a hipertensão, não seriam problemas para a mulher se ela dispusesse de uma assistência com profissional qualificado e instituição bem estruturada durante toda a gravidez, parto e pós-parto. Desta forma, então, o estudo parece indicar a inexistência de serviços nos quais a equidade seja a diretriz na prestação do atendimento às mulheres grávidas na medida em que se aplicam ações arbitrárias na decisão de ter uma assistência de saúde adequada ou não.

5.3 A responsabilidade do sistema de saúde

Acerca do sistema de saúde, desenvolver-se-á reflexão sob dois aspectos: a ética da responsabilidade individual, que, no item da responsabilidade social, foi abordada e que tem a ver com a prática profissional, e também discorrer sobre a ética da responsabilidade pública aqui trazida pelos órgãos públicos de saúde que é onde a maioria das mulheres do estudo realizou seu atendimento de saúde.

No desenvolvimento do estudo, no item referente à análise do óbito, foi mencionada pela Ficha de Investigação Confidencial de Morte Materna a classificação da responsabilidade quanto a evitabilidade da morte materna. E

nesta classificação aparecem como prováveis responsáveis pelo óbito à assistência médica, a assistência hospitalar, a paciente, o social.

A reflexão sobre a responsabilidade individual, aqui representada pelo profissional envolvido com os cuidados da mulher grávida, e a responsabilidade pública, aqui representada pela assistência hospitalar e ambulatorial.

A ética do profissional, sobre a responsabilidade pela morte materna, suscita uma discussão referente a dilemas éticos que implicam a prática do profissional que atende à mulher.

Conforme dados WHO (1997), a maioria das complicações maternas ocorre durante ou logo após o parto, e que a cada ano, 60 milhões de mulheres dão à luz com ajuda de uma parteira tradicional não capacitada ou com ajuda de um membro da família. O óbito da mulher cujo parto foi realizado por parteira, profissional não qualificado, trata-se de uma situação que pode ser aprimorada através de treinamento para parteiras tradicionais, programa já executado no Estado do Ceará, idealizado pelo professor Galba Araújo.

Ao comentar sobre o treinamento da equipe multidisciplinar, Netto *et al.* (1989, p. 422) enfatizam que “a figura da parteira leiga continua sendo uma realidade, em muitas regiões no sistema informal de saúde. Assim, cadastrá-las, apoiar e supervisionar suas atividades são atitudes ainda necessárias como solução alternativa a curto prazo”.

No presente estudo observou-se que as mulheres que morreram tiveram atendimento tanto por profissional qualificado como não qualificado. O fator qualificação profissional foi mencionado por Royston & Armstrong (1991) como imprescindível para impedir as mortes maternas, especialmente no atendimento ao parto.

Segundo a WHO (1997), a mulher deve ser assistida por um profissional de saúde com capacidade necessária para realizar um parto normal, assim como para detectar complicações tais como hemorragia, choque e infecção. Além disto, deve ser priorizado o acesso a sistemas de emergência e transporte para a transferência da mulher a uma unidade de saúde apropriada de maior complexidade preparada para atender cesárea, transfusão de sangue, entre outras intercorrências, se necessário.

Nos países em desenvolvimento, a assistência realizada com pessoal qualificado ao parto é de 53%, situação que nos países desenvolvidos alcança 99% (Royston & Armstrong, 1991).

Para isto, é preciso considerar as orientações morais de cada cultura, os comportamentos socialmente transmitidos frente às pressões imediatas que permeiam as atitudes dos profissionais. O profissional, como pessoa, traz consigo a concepção e os princípios éticos herdados culturalmente nas suas ações, o que não poderia distingui-lo como agente social. A ética que o conduz às ações da vida diária deveria ser a mesma que o leva a agir profissionalmente, ou seja, espera-se que o profissional trate as pessoas como deseja que os outros lhe tratem.

De um modo geral, pode-se dizer que responsabilidade é a obrigação de reparar prejuízo decorrente de uma ação de que se é culpado, direta ou indiretamente.

A responsabilidade profissional compreende um conjunto de deveres e de obrigações morais a que está sujeito o profissional, seja médico, enfermeiro ou outro profissional, e o seu não cumprimento decorre do código de ética de cada profissão, no seu tempo e espaço.

Saber o que o faz responsável por determinadas ações é trazer o conhecimento do que é justo e necessário não somente no sentido moral, mas também no âmbito dos deveres, diante do que é lícito e devido (França, 2000).

Assim, a responsabilidade é a ação ética e legal dos profissionais. São os deveres e obrigações que o profissional tem para com a população, dentro do seu conhecimento específico.

A habilidade e o conhecimento para o manejo das situações de urgências obstétricas devem fazer parte de um investimento na formação dos médicos, pois de acordo com Albuquerque (1998), não adianta tentar transformar a classe médica estabelecida.

Para autores como Netto *et al.* (1989), a questão dos recursos humanos constitui no principal elemento do setor saúde, desta forma, a contratação, readequação e diminuição das disparidades salariais são mister para a melhoria da eficiência dos serviços.

Como avaliar o compromisso ético dos profissionais que atendem em condições precárias de saúde, sem o mínimo necessário, como sangue, para o

atendimento de urgências obstétricas? Esta é uma questão que foi evidenciada nas mortes maternas estudadas pelo Comitê, pois dos 15 óbitos, conforme mostra na figura 12 (anexo 5), seis (6) casos, as mulheres realizaram transfusão sangüínea, sendo que cinco (5) delas receberam o sangue em tempo oportuno. E outra, apesar de ter realizado a transfusão, teve dificuldade na obtenção do sangue necessário e apresentava distúrbio de coagulação sangüínea.

A responsabilidade profissional, não pode ser vista de modo isolado pois, é concomitante com a responsabilidade do gestor público, que é responsável pela estrutura física e humana para manutenção das condições adequadas ao atendimento a mulher no pré-natal, parto e puerpério.

Para Faúndes & Cecatti (1995), a melhoria da qualidade de assistência ao parto é o fator mais importante na redução da mortalidade materna. E a qualidade passa pela qualificação dos profissionais e também por hospitais equipados para evitar a morte, com condições de resolver os problemas que correspondam ao seu nível de complexidade.

Estudo realizado no México, distrito federal, por Bobadilla *et al.* (1992), sobre mortes maternas no Sistema Nacional de Saúde, mostrou-se que, com a tecnologia disponível, poderiam ser evitadas 85% das mortes maternas. Os principais problemas encontrados foram de organização; no nível macro, referiu-se à forma como a população recorria às diferentes instituições e, no nível micro, foi quanto às normas para o manejo de paciente eclâmptica. Os autores concluíram que a complexidade do problema requeria investir em investigações sobre as condições clínicas que desencadearam as mortes, os erros por omissões e as condutas incorretas.

Como avaliar um administrador hospitalar que gerencia um hospital sem as condições mínimas de estrutura, como o banco de sangue?

Como compreender que uma mulher passou sua gravidez com uma doença, avaliada por profissional que não a referenciou para outro serviço, levando-a a morte por falta de melhores condições de atendimento?

Assim como estas situações, muitas outras distorções e abusos éticos foram evidentes no estudo, impedindo a real implantação do sistema público de saúde como previsto na Constituição de 1988.

Cabe então à sociedade civil e organizada buscar a efetividade da política de saúde definida pelo Ministério da Saúde, na humanização do

atendimento ao pré-natal e ao nascimento. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), o principal objetivo do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez na construção da qualidade da atenção. Para esta instituição, na qualidade do atendimento está implícita a valorização por parte dos profissionais de saúde, dos aspectos físicos e emocionais da gestante, conduzindo-a a uma maior auto confiança, fortalecendo sua posição frente à gestação e ao parto.

Pode-se perceber também que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, sendo, portanto, essencial para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal. Fica, a pergunta – quais as razões para que esta política não esteja em prática? Revela-se neste estudo uma inobservância da ética, uma vez que o Ministério preconiza a política e a mesma não foi posta em ação, pelo menos como mecanismo de prevenção dos óbitos evitáveis deste estudo.

A literatura mostrou que a qualidade da assistência obstétrica oferecida à população é um dos responsáveis pelos altos índices de mortes maternas. Estas estão ligadas, principalmente, com as deficiências existentes no sistema de saúde prestados à população, envolvendo questões de estrutura e de formação profissional. Daí porque o Brasil apresenta cinquenta vezes mais a probabilidade de morrer por problemas maternos que num país desenvolvido. Assim, procedimentos de prevenção no atendimento à mulher no período gestacional junto com medidas de impacto sobre a realidade sócio-econômica podem reduzir o risco, prevenir mortes maternas e contribuir para um futuro mais feliz das mulheres.

A responsabilidade pública envolve as instituições, os governos, sendo assim, a competência do Estado é a de manter a saúde através da ampliação do acesso à atenção, provendo a um maior número de pessoas um maior e mais diversificado serviço de saúde com qualidade.

De acordo com o preconizado pelo Sistema de Saúde Brasileiro, o acesso da população deve ser universalizado, hoje caracterizado como excludente. Entretanto, é sabido que muitas são as mulheres que, correm risco de vida por falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e serviços que dêem resolutividade aos seus problemas.

No contexto deste estudo predominou a morte em mulheres usuárias do serviço público, pois um só óbito foi de mulher com atendimento privado. Situação semelhante foi visualizada no estudo do México, em que os serviços públicos contribuíam com a parcela maior de óbitos maternos que os demais tipos de serviços com convênios privados. Não se pode esquecer que grande massa que procura os serviços públicos de saúde é oriunda de população de excluídos socialmente.

Tanaka (1995) ressalta que os serviços de saúde no Brasil se estruturam de acordo com a organização social, privilegia o setor privado ao invés do setor público. Muitos dos serviços hoje da rede pública são contratados da rede privada, o que tem gerado uma distorção na prestação dos cuidados, prejudicando diretamente o indivíduo.

Hoje, a idéia centra-se no esvaziamento do papel do Estado e na passagem das responsabilidades à sociedade. Desta maneira então, percebe-se que princípios como equidade, justiça e solidariedade não subsidiam a pauta da saúde como política pública, retirando a responsabilidade do Estado como agente ético na realização das ações para a resolução dos problemas de saúde da população.

Além do problema do acesso aos serviços de saúde, gerado pela falta de investimentos na oferta dos serviços e ampliação dos recursos financeiros, a política de ajuste econômico, imposta aos países subdesenvolvidos, entre eles o Brasil, impõe uma política de saúde voltada aos interesses comerciais, alta tecnologia empregada na medicina com incentivo aos exames sofisticados e de alto custo. Impulsiona na sociedade uma outra dinâmica de assistência médica, privatista, contribuindo, assim, para uma re-segmentação da sociedade, com a forte tendência para o aumento da desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Quais são as prioridades deste Sistema de Saúde? A quem os profissionais de saúde querem prestar seus conhecimentos? A que ética se reporta à política da saúde brasileira?

Conforme Aumann & Bayard (1996), um terço dos problemas surgidos durante a gestação se manifesta no momento do parto. É nesta fase do processo do nascimento que se procede uma avaliação da estrutura hospitalar e da assistência ao parto, pois muitas das causas de mortes maternas, como as hemorragias e as infecções, estão relacionadas com a instituição e a assistência.

Para Faúndes & Cecatti (1995), a qualidade da atenção no pré-natal depende tanto da oferta como da demanda de serviços. Os elementos chave para que haja qualidade são o adestramento e a supervisão. Os autores incluem neste item todo o suporte de insumos como: esfigmomanômetro, balança, estetoscópio de Pinard, fita métrica, ficha clínica para os registros de peso, altura uterina, pressão arterial e toda evolução da gestante. Em sequência à qualidade oferecida à gestante, está a existência de normas claras que referenciam a gestante do nível primário para o secundário, assegurando uma atenção integral e integrada.

É preciso considerar que este trabalho apresenta limitações quanto aos registros, que se mostraram incompletos para análises mais precisas no que diz respeito à qualidade da assistência. Mas, certamente que os resultados a que chegaram os estudos do Comitê de Mortalidade Materna possibilitam-me questionar se estaria à ética de mercado interferindo sobremaneira no contexto da assistência local a par do discurso político do Ministério da Saúde?

Berlinguer (1996) já apresentava interrogantes de como conciliar questões contraditórias como contenção de despesas, qualidade da assistência, escolha livre de quem presta e quem recebe a assistência, igualdade de acesso aos serviços de saúde. Todas estas questões exigem que se faça uma reflexão sobre os direitos e garantias de ter acesso aos serviços de saúde, assegurados constitucionalmente. Muito se avançou nos aspectos legais. Tem-se no Brasil uma lei de saúde aos moldes dos países desenvolvidos, assentada sobre modernos princípios de descentralização, universalização, equidade e outros, mas a prática coletiva dessas conquistas está carente da chamada ética prática, que vai além das questões legais, não são sancionadas legalmente, mas estão dentro do núcleo moral/ético de cada instituição conferindo o *status quo* à sociedade de pluralidade, tolerância, solidariedade prevalecendo a idéia de legitimidade. Mas, como se apresenta a realidade assistencial? Os resultados a que chegou o Comitê sugerem um comprometimento destes princípios.

Se considerar as dificuldades e precariedades nas quais os trabalhadores de saúde estão obrigados a desenvolver a assistência, fica difícil estabelecer com clareza os limites da responsabilidade individual a responsabilidade pública, portanto o comprometimento ético é de responsabilidade de ambos.

5.4 Sobre a pretensa responsabilidade da mulher: o conceito de *Victim Blaming*

Os dados obtidos no estudo realizado pelo Comitê possibilitam-me também, algumas reflexões éticas relacionadas à responsabilidade da mulher na morte materna. Reconhece-se não ser possível generalizações a partir da reflexão pontuada pela realidade do estudo, mas acredita-se que a reflexão ética pode ser um auxílio efetivo para repensar as questões que envolvem a mortalidade materna. Autores já mencionados como Mora & Yunes (1993) ao se reportarem sobre a prevenção da mortalidade materna, nomeiam, entre os responsáveis pelo óbito materno, a paciente e a sua família.

Na avaliação de autores como Aumann & Baird (1996) sobre a qualidade do atendimento à gestante do ponto de vista ideal, considera-se não só o processo fisiológico, mas também a maneira como a paciente está se adaptando à gestação, os suportes e recursos que dispõe, o tipo de vida e crenças pessoais adotados pela gestante e sua família.

A partir do momento em que o formulário para avaliar a morte materna destina um espaço para a responsabilidade da mulher, parece indicar que a mulher é responsável por determinada conduta que favoreça o óbito.

Berlinguer (1996, p. 81) chama a essa situação de *Victim Blaming* “a culpabilização dos doentes ou das vítimas”. Seria o caso da mulher assumir a responsabilidade pela sua morte, situação muito comum na saúde, segundo o autor, culpar a vítima como forma de assumir a responsabilidade por não ter saúde.

No caso das mortes maternas, a maior frequência esteve relacionada a condições sócio econômicas desfavoráveis que não dispõem de serviços de saúde qualificados e também de outros aportes que facilitam a resolução ou superação de intercorrências próprias da gestação. O Comitê considerou os seguintes itens que sugerem a suposta responsabilidade da mulher: realização do pré-natal; intervalo interpartal e uso de método contraceptivo, e cumprimento das orientações do serviço.

Quando da reflexão desses itens observou-se que a maioria das mulheres cumpriu o que podia realizar mediante as suas condições sociais,

portanto a elas não poderia ser imputada a responsabilidade pela evitabilidade do óbito. É possível perceber a necessidade de construir uma base social para um mundo que permita a existência da equidade no cotidiano das pessoas, particularmente na situação de morte materna.

Mora & Yunes (1993) apontam que a probabilidade de uma mulher morrer, na América Latina e Caribe, por causas maternas durante sua vida reprodutiva equivale a 1 em 79, enfatizando, porém, que esta probabilidade varia de país para país e de uma região para a outra.

Os diferenciais dessa situação estão relacionados com questões políticas e sócio-econômicas, como empregos, salários, educação, bem como questões culturais, como hábitos de uso de método contraceptivo, aceitação do acompanhamento pré-natal. Também se relacionam com questões demográficas como paridade, e espaçamento entre ela, assim como o tipo de atendimento de saúde oferecido na gestação. Enfim, todas estas questões estão ligadas a óbitos de mulheres que apresentam semelhanças, sejam elas do Norte ou do Sul do Brasil. Por outro lado, o estudo de Godinho & Morell (1994) realizado em São Paulo em 1986 mostrou que a escolaridade das mulheres teve importante papel no declínio da fecundidade no Brasil, as mulheres sem instrução apresentavam uma taxa de fecundidade total de 3,9, enquanto que as mulheres com mais de 9 anos de estudo apresentavam uma taxa de fecundidade total de 1,5. Ficando em pauta se – a elevação da escolaridade das mulheres e a qualificação profissional e dos serviços contribuiria para evitar que a mulher fosse responsabilizada pela sua própria morte, de modo indevido.

Para a Organização Panamericana de Saúde (1990), as más condições sociais, econômicas e culturais da mulher contribuem na piora da situação de saúde presente, como também para toda a sua prole. A má saúde durante a gravidez intensifica o risco da mãe enferma dar a luz a filhos enfermos, e se o filho sobreviver, serão grandes as probabilidades de se perpetuar esta situação.

Os custos da mortalidade materna são altos, tanto para as mulheres e suas famílias, como para toda a sociedade. Num contexto ainda mais amplo, a morte materna poderia ser considerada como a morte de qualquer "mãe" de filhos até a época da adolescência, dada a desestruturação familiar e social que ela geralmente provoca (Faúndes & Cecatti, 1995).

Na visão de King *et al.* (1995) as intervenções para a melhoria do *status* da mulher estão na ordem da disponibilidade do acesso às oportunidades educacionais e econômicas e no acesso aos serviços obstétricos organizados dentro de sistemas de referência e contra referência para gestantes de risco, seja ele social ou biológico.

Mediante esta situação em que vive a mulher latina, a brasileira, a mulher do estudo, acredita-se, que não se poderia emitir responsabilidade à paciente por não manutenção de sua vida, sabendo-se da influência de fatores determinantes como: biológicos, sociais, econômicos e culturais que interferem na mortalidade materna, possibilitando ou não autonomia à mulher em optar pela preservação da sua vida.

A autonomia é o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autodeterminem, que sejam autônomas nas suas escolhas e atos. Ao nos referirmos a autonomia estamos nos dirigindo a um princípio trazido na Declaração dos Direitos Humanos que é o respeito à dignidade da pessoa humana reafirmado no campo da bioética. Este princípio interpretado no campo da saúde, requer que todo e qualquer profissional respeite a vontade do cliente, seus valores morais como também os valores culturais e assim seus familiares. Reconhece o domínio do cliente sobre a própria vida.

Guimarães *et al.* (1997), ao comentar sobre indivíduos de autonomia reduzida, introduz a categoria vulnerável, àqueles que estão sujeitos a uma série de fatores, condições sociais, culturais, educacionais, econômicas que os colocam à margem dos processos produtivos da sociedade onde vivem. Mesmo tendo contemplado os requisitos jurídicos da autonomia plena, suas condições de vida os colocam à margem da parcela capaz de decidir livremente.

Será que a mulher grávida ou sua família estariam livremente decidindo por um comportamento que prejudicasse a saúde do binômio mãe-filho?

A equidade impõe a busca da igualdade através do reconhecimento da desigualdade, é a prática de um princípio ético/político capaz de transformar a vida da mulher numa situação mais digna, livre dos riscos de ter que terminar a gravidez em morte (Berlinguer, 1996).

Sass (1996), ao falar sobre a questão da responsabilidade pelo óbito materno, refere ser tarefa extremamente delicada e difícil, principalmente ao se levar em conta às complexas interligações e sobreposições das causas

determinantes. Para o mesmo autor, apurar responsabilidades, do ponto de vista epidemiológico, significa identificar as falhas na assistência.

Baseados na Associação Médica Americana, Rezende *et al.* (1998) estabeleceram critérios em que classificam os diversos níveis de responsabilidade em quatro situações:

Erro Grosseiro: Responsabilidade fundamental do médico, resultante dos poucos conhecimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos.

Erro Médico: Decorre das limitações inerentes à prática médica, consequência da inadequada avaliação dos sintomas ou de diagnóstico e conduta incorretos.

Erro Administrativo: Decorre da insuficiência dos serviços fundamentais de uma estrutura hospitalar, como banco de sangue, anestésicos e laboratórios e também pela precariedade de aparelhos, má administração e baixo nível do pessoal de apoio.

Responsabilidade Sócio-Econômico-Cultural: Inclui a renda percapita, o salário mínimo, custo de vida, grau de instrução, condições de moradia e saneamento, recursos médicos e de saúde .

Todas estas deficiências são determinantes para os altos índices de mortalidade materna, de múltiplas causas que são, na sua maioria, evitáveis.

Berlinguer (1996), ao falar sobre a prevenção, considera os progressos da civilização e da conquista de outros direitos humanos e sociais, admitindo que a prevenção permite a realização de um programa de vida para o enfrentamento dos problemas de saúde. Portanto, a prevenção pode ser considerada eticamente autorizada como uma ação específica, possibilitando ao indivíduo maior potencial e empoderamento, favorecendo-o para ser ele mesmo o agente moral.

Tanaka (1994), ao discorrer sobre o tema em questão, refere que a lógica da saúde centrada na produtividade prevalece sobre a lógica da assistência de qualidade, fazendo com que o indivíduo seja visto como mais um número a ser faturado, não como um ser humano.

A falta de humanização no atendimento à saúde foi e é tão grande que é mais importante os trâmites burocráticos que o assistir o indivíduo.

Segundo Sass (1996), a qualidade da atuação médica se faz presente de maneira evidente ao se analisar a evolução do estado gestacional no pré-natal.

Neste nível de atuação, por mais precária que seja a estrutura, o bom senso clínico opera maravilhas no campo da obstetrícia preventiva. Para o autor, é inadmissível, mediante a tecnologia disponível em obstetrícia, não se ter no país uma assistência adequada à gestação, parto e puerpério, independente da origem social da paciente, privando assim a mulher desta assistência.

Certamente, a saúde sempre foi uma aspiração e uma necessidade, que se inscreve no campo político-jurídico, com alusão à vida na declaração da Independência, escrita por Thomas Jefferson, em que todos os homens são criados iguais e independentes e que daí derivam direitos, entre os quais a preservação da vida, a liberdade e a felicidade (Berlinguer, 1996).

Ratifica-se, apoiada nestas contribuições dos autores mencionados, o posicionamento de que à mulher não pode ser imputada a culpa por sua própria morte a não ser que lhe sejam oferecidas de modo concreto todas as condições para que ela leve a termo com sucesso sua gestação e ela despreze a oportunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade que subsidiou a reflexão realizada com suporte da ética da vida cotidiana de Berlinguer, propiciou reportar-me a questões sobre a evitabilidade da morte materna. Dentre elas a impossibilidade de analisar uma morte sem tomar em consideração a historicidade da mesma e dos atores envolvidos. Nesta, os eventos sociais como educação deficitária, condições de moradia, acesso ao cuidado à saúde, e eventos fisiológicos, foram aproximados da morte materna para compreender sua evitabilidade. Mas, compreender sua evitabilidade significa buscar as situações com as quais a mulher conviveu, seja de ordem pessoal, obstétrica ou social mais ampla.

As mortes maternas são preveníveis, requerendo, para tanto, a habilidade e competência dos profissionais de saúde, organização dos serviços de saúde, cumprimento das responsabilidades do Estado e organização social. As deficiências nos registros de informação hospitalar, ambulatorial e no instrumento de coleta de dados do comitê, de certo modo, limitaram os componentes da reflexão. No entanto, o estudo sugere relações entre condições de vida e mortalidade no período grávido puerperal, devendo-se considerar:

- as dificuldades de acesso e da utilização dos serviços de saúde por parte das gestantes;
- as dificuldades de obtenção de atenção integral e resolutiva para os problemas surgidos na gravidez, mesmo quando garantidos como direitos universais;
- a organização social das mulheres para requerer da sociedade e do Estado a assistência a que têm direito;
- os serviços de saúde adotarem processos de avaliação e acompanhamento de profissionais de modo a garantir na prática a responsabilidade institucional;

- a responsabilidade pública mostrou-se insuficiente nos aspectos éticos;
- os resultados do estudo não permitem afirmar que houve justiça social e equidade em saúde, traduzidas no princípio universal da responsabilidade com as mulheres, cujas mortes foram classificadas pelo Comitê como mortes maternas evitáveis.

Não cabe aqui, neste estudo, reconstruir todas as referências e valores necessários a todos os envolvidos na morte materna. Há que se lutar para a criação de condições compatíveis na busca de garantir a vida num mundo centrado nos princípios da equidade e justiça social.

E nesta busca, considera-se que:

- o princípio ético da responsabilidade é uma conquista possível de ser atingida a partir da consciência individual e coletiva dos profissionais de saúde e dos administradores públicos;
- o princípio da justiça será visível a partir do momento em que permitirmos e ajudarmos na autonomia da decisão de cada mulher na busca de melhores condições de vida e saúde;
- a equidade será posta em prática a partir do acesso da gestante aos serviços especializados e de qualidade.

Qualquer organização sanitária terá por objetivo a sua inovação e transformação. Deve-se procurar definir uma organização que reconheça e incorpore um processo permanente de mudanças, com a finalidade de realizar os ajustes de estrutura, de acordo com as responsabilidades em que cada organização e os membros dela se inserem.

Desta forma então, o estudo visualizou que não caberia à mulher a responsabilidade pela sua morte. Porém, constata-se que, atualmente, este item de análise sobre a responsabilidade do óbito materno foi modificado para fatores que contribuem para a morte materna.

Seja qualquer sistema de saúde, o importante é a construção de uma autêntica organização na qual a existência de práticas éticas possa garantir o bem-estar, a saúde e a felicidade às pessoas.

O caminho analítico, representado pelos princípios éticos da responsabilidade, da justiça, da equidade e da autonomia, possibilitou expor as fragilidades e os pontos críticos subscritos nas práticas de saúde dirigidas à mulher no período da gestação, parto e puerpério, evidenciando, inclusive, a importância e a contribuição da bioética da vida cotidiana na análise das mortes maternas evitáveis.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBURQUEQUE, R. O país das desne-cesáreas. **Jornal da FEBRASGO**, jul. 1996.

ALBUQUERQUE, R. M. *et al.* Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 41-48, 1998.

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr. 2000.

ALMEYDA, V. A. G. **Mortalidade materna: análise das causas múltiplas no contexto de sua responsabilidade e evitabilidade, no município de São Paulo**. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1995.

ALVES, J. E. D. Relações de gênero e transição da fecundidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, Caxambu, 1996. **Anais ...** Caxambú: ABEP, 1996. p. 1455-1472.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Compêndio III**: atualização em obstetrícia e ginecologia. São Paulo: Manole, 1989.

ANJOS, M. F. Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, Volnei, COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 49-65.

ARKADER, J. Mortalidade materna, comissões de estudo. **Femina**, n. 9, p. 121-122, 1987.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 6023**: Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2000.

BEAUCHAMP, T. L, CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4. th. New York: Oxford University Press, 1994.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. v. 2. A experiência vivida.

BELFORT, P. Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 222-234.

BENNETT, J. G. **O caminho para ser livre**. São Paulo: Ed. Gente, 1995.

BERLINGUER, G. Equidade, qualidade e bem-estar futuro. In: GARRAFA, Volnei, COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 41-48.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BERLINGUER, G. **Questões de vida**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

BERNARD, J. **De la biologie à l' éthique**. Paris: Buchet/Chastel, 1990.

BERQUÓ, E. Algumas indagações sobre a recente queda da fecundidade no Brasil. In: PATARRA, N. L. **Reproduccion de la poblacion y desarrollo**. São Paulo: Fundação SEADE, 1983.

BERQUÓ, E. O crescimento da população da América Latina e mudanças na fecundidade. In: AZEREDO, S.; STOLCKE, V. (Coord.). **Direitos reprodutivos**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1991. p. 61-71.

BERQUÓ, E. Nascer em São Paulo. In: BRANT, V. C. (Coord.). **São Paulo: Trabalhar e viver**. São Paulo: Brasiliense/Comissão Justiça e Paz, 1989. p. 114-131.

BERQUÓ, E. *et al.* São Paulo e sua fecundidade: um estudo das variáveis intermediárias e dos diferenciais sócio-econômicos da fecundidade. **São Paulo 80**. 1985; v.1.

BOBADILLA, J. L. *et al.* La magnitud y las causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal (1988-1989). **Gac. Méd. Méx.**, v. 132, n. 1, p. 5-16, 1992.

BOUVIER-COLLE, M-H. *et al.* Maternal mortality in West Africa. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 80, p. 113-119, 2001.

BOUVIER-COLLE, M-H. *et al.* Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of child-bearing age. **International Journal of Epidemiology**, v. 20, p. 717-721, 1991.

BRAGA, L. F. C. O. *et al.* Relatório dos Comitês de Morte Materna do Paraná – 1992. **Femina**, v. 22, n. 10, p. 481-492, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. **Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: COMIN, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Assistência Institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. In: CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE, 5, Brasília, 1975. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1975. p. 49-107.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e Projetos. Saúde da mulher. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/dados.htm>> Acesso em: 14 ago. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Projeto de Cooperação Técnica TCU – Reino Unido. **Relatório de Auditoria de Natureza Operacional**: monitoramento e prevenção da mortalidade materna. Brasília, 2001.

CALDEYRO-BARCIA, R. **Las bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1979.

CAMPBELL, A. A bioética no século XXI. **Saúde**, Heliópolis, v. 3, n. 9, p. 9-11, 1998.

CAMPBELL, A. Uma visão internacional da bioética. In: GARRAFA, Volnei, COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 25-35.

CAMPANARIO, P., YAZAKI, L. M. Aspectos teóricos e empíricos da transição da fecundidade no Estado de São Paulo. **Informe Demográfico**, n. 25, p. 77-144, 1994.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI, S. N. C. Limites y prioridades éticas de la asistencia de urgencia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1, Florianópolis, 1994. **A saúde como desafio ético, anais ...** Florianópolis: Sociedade de estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

CARRARO, T. E. **Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis.** Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

CARVALHO, J. A., WONG, L. R. **La Transición de la Fecundidad en el Brasil. Causas y consecuencias.** Buenos Aires, 1990. Trabalho apresentado no Seminário da International Union for the Scientific Study of Population: Transición de la Fecundidad en America Latina.

CECATTI, J. G. & FAÚNDES, A. **Intervenções para prevenir a gestação em mulheres com alto risco de morte materna.** Campinas: CEMICAMP, 1994.

CEREZO MULET, R. Índice de desarrollo humano como predictor de mortalidad materna e infantil en Centroamerica. **Guatemala Pediátrica**, v. 29, n. 1, p. 11-13, ene.feb.mar. 1998.

CHAVES, M. M. Medicina familiar e cuidados primários de saúde: alma-ata revisitada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2/3, p. 46-51, maio/dez. 1999.

CHIARAVALLLOTI, M. S. M. **Cesáreas no Município de São José do Rio Preto em 1992. Estudo exploratório sobre sua ocorrência.** São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

CIARI JR., C. ALMEIDA, P. A. M. Análise do coeficiente de mortalidade no município de Osasco, São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 6, p. 237-244, 1972.

CLOTET, J. Por que bioética. **Revista Bioética**, v. 1, n. 1, 1993. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso: 1 nov. 2000.

COELHO, E. B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção.** Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

COHEN, R. S. Reflexões sobre a bioética no marco do fim do século 20. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 66, n. 6, parte 1, p. 574-578, nov./dez. 2000.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994. **Resumo do Programa de Ação ...** Nova Iorque: Fundo de População das Nações Unidas, 1995. (Tradução não oficial do documento "Summary of the Programme of action of the International Conference on Population and Development").

COSTA, S. I. F. *et al.* A bioética no século XXI. In: COSTA, S. I. F. *et al.* (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

COSTA NETO, M. M. Tecnologia e saúde: causa e efeito? In: GARRAFA, Volnei, COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 145-150.

DALLARI, S. G. Aborto – um problema ético da saúde pública. **Revista Bioética**, v. 2, n. 1, 1994. Disponível em: < www.cfm.org.br >. Acesso: 1 nov. 2000.

DRAIBE, S. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, p. 86-101, 1993.

FALEIROS, V. P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso: 1 nov. 2000.

FAMILY CARE INTERNATIONAL – FCI. El aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_unsafel_abortion_fact.htm> Acesso em: 14 ago. 2001.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. La mortalidad materna. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_maternal_mortality.htm> Acesso em: 4 jul. 2001.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. Todo embarazo está expuesto a riesgo. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_every_pregnancy.htm> Acesso em: 4 jul. 2001.

FAÚNDES, A., CECATTI, J. G. Demografia obstétrica. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 976-981.

FAUNDES, A. E., CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüências e propostas da ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991

FAÚNDES, A.; SILVA, J. L. P. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. **Femina**, v. 26, n. 8, p. 669-673, set. 1998.

FAUNDES, A. E. *et al.* O problema da mortalidade materna. **Femina**, p. 25-31, jan. 1987.

FEGHALI, J. Gênero e controle social na saúde: a omissão dos governos e os limites do monitoramento. In: COSTA, A. M., HAMANN-MERCHÁN, E., TAJER, D. (Org.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000.

FEITOSA, H. N. *et al.* Mortalidade materna: ênfase ao binômio cardiopatia e gravidez. **Femina**, p. 430-435, jun. 1991.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [19--].

FERREIRA, R. G. *et al.* Mortalidade materna no Estado de Goiás. **GO Atual**, v. 5, n. 9, p. 13-16, set. 1996.

FONDO DE POPLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – FNUAP. **Estado de la población mundial 1999**. New York: FNUAP, 1999.

FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 1997. Disponível em: < www.cfm.org.br>. Acesso: 1 nov. 2000.

FRANÇA, G. V. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FRANCHETTO, B. *et al.* **Antropologia e feminismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. Perspectivas antropológicas da mulher 1.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – FNUAP. **Necessidades contraceptivas e de gerenciamento logístico no Brasil**. New York, 1995.

GARRAFA, V. **Bioética**. Brasília: UNB, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética, 2000.

GARRAFA, V. Novos paradigmas para a saúde – a ética da responsabilidade: individual e pública. **Saúde em Debate**, n. 48, p. 47-50, set. 1995.

GARRAFA, V. *et al.* Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 1997. Disponível em: < www.cfm.org.br>. Acesso: 1 nov. 2000.

GARRAFA, V. *et al.* A bioética no século XXI. **Revista Bioética**, v. 7, n. 2, 1999. Disponível em: < www.cfm.org.br>. Acesso: 20 mar. 2001.

GARRAFA, V. *et al.* A bioética no século XXI. In: GARRAFA, Volnei, COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 13-23.

GIOVANELLA, L. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, n. 49-50, p. 13-22, dez. 1995-mar. 1996.

GODINHO, R. E., MORELL, M. G. Uma análise diferencial da fecundidade segundo variáveis sócio-econômicas (1980-1986). **Informe Demográfico**, n. 25, p. 59-76, 1994.

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Madrid: Eudema Universidad, 1989.

GRAHAM, W. **Every Pregnancy Faces Risk**. Presentation at Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 oct. 1997.

GRETCHEN, M. *et al.* Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A., DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GUIMARÃES, M. C. S. *et al.* Do respeito à compreensão das diferenças: um olhar sobre a autonomia. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 1997.

JAPIASSU, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

KING, T. M. *et al.* **A prevenção de gravidez entre mulheres de alto risco de mortalidade materna: recomendações para ação**. USA: Family Health International, 1993.

KIPPER, D. J., CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F., GARRAFA, V., OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de medicina, 1998. p. 37-52.

KOTTOW, M. Bioética e política de recursos em saúde. In: GARRAFA, Volnei, COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 67-75.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARATA, R. B. *et al.* (Org.). **Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. p. 83-102.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, 1988.

LAURENTI, R. A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo, Brasil. **Bol. Of Sanit. Panam.**, v. 116, n. 1, p. 18-25, jan. 1994.

LAURENTI, R. Mortalidade materna no Brasil: faltam dados e uma assistência digna. **Jornal da Redesaúde**, n. 15, p. 3-4, maio 1998.

LAURENTI, R. & FERREIRA, C. E. C. **Diferenciais de mortalidade materna segundo nível sócio-econômico no município de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1995.

LAURENTI, R. *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986: II, Mortes por causas maternas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 486-492, 1990.

LAURENTI, R. *et al.* Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 2000.

LAVILLE, C., DIONNE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

LENZ, M. L. M., PERICO, L. A. **Avaliação de um programa de atenção à gestante ao nível de cuidados primários à saúde**. Porto Alegre: UFRGS, Dep. Medicina Social, Curso de Especialização em Saúde Pública, 2000.

LIMA, B. G. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Rev. Panam. Salud Publica; Pan. Am. J. Public Health**, v. 7, n. 3, p. 168-172, 2000.

LIPPI, U. G. Prevenção da mortalidade materna em mulheres de alto risco de morrer. [S.l.:s.n.], 1991.

MARANHÃO, A. G. K. *et al.* **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, UNICEF, 1998.

MARGULIES, M. Intervencion para prevenir la muerte en mujeres con alto riesgo de muerte materna. Buenos Aires: [s. n.], 1993.

MARQUES, M. B. A bioética na política pública do Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 1996. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/abioetc.htm>>. Acesso: 20 mar. 2001.

MARTINS, H. E. L. **O significado da contracepção feminina na vivência da sexualidade da mulher**. Florianópolis, 1998. Monografia (Especialização em Educação Sexual) – Curso de Especialização em Educação Sexual, Coordenadoria de Pós-Graduação, Centro de Ciências da Educação, Universidade do Estado de Santa Catarina, 1998.

MASSI, M. **Vida de mulheres: cotidiano e imaginário**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

MATOS, H. S. Procriação: desejo ou necessidade. **Femina**, p. 73-80, jan. 1991.

MAUAD FILHO, F. *et al.* Prevenção da morte em mulheres grávidas: considerações gerais. **Femina**, p. 363-366, maio 1989.

MEDEIROS H. J. Saúde: equidade, controle social e gênero. In: COSTA, A. M. *et al.* **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 297-303.

MELHORAMENTOS: dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 1994.

MELLO, A. R., NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 158-165.

MESQUITA, R. F. Aborto inseguro. In: ROTANIA, A. (Org.). **Bioética: vida e morte femininas**. Rio de Janeiro: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Sociedade Brasileira de Ostomizados, [2000?]. p. 14-23.

MEURER, J., TAREN, D. L. Prevenção e saúde pública em obstetrícia. In: KNUPPEL, R. A., DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MORA, J. F. **Editorial Sudamericana**. 3 ed. Buenos Aires: Sudamericana, 1951.

MORA, G, YUNES, J. **Mortalidad materna: una tragedia ignorada**. In: Gomez, E.G. (Ed.). **Gênero, mujer y salud en las Americas**. First ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 1993. p. 68-86.

MORELL, M. G. G. Anticoncepção em São Paulo em 1986: prevalência e características. **Informe Demográfico**, n. 25, p. 199-334, 1994.

MUÑOZ, D. R., FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F., GARRAFA, V., OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Programa de las ...: Informe sobre desarrollo humano 1991**. México: Harla S.A. de C.V., 1995.

NEME, B. Doença hipertensiva específica da gestação. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 216-243.

NEME, B. Patologia tardia. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 613-618.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NEME, B. Toxemias tardias da prenhez. Pré-eclampsia. Eclampsia. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 643-690.

NEME, B.; NEME, R. M. Assistência ao parto e morbiletalidade materna, Brasil (SUS, 1994). **GO Atual**, v. 5, n. 11/12, p. 14-26, nov./dez. 1996.

NETTO, H. C. *et al.* Intervenções para prevenir a morte em mulheres grávidas com alto risco de óbito. **Jornal Brasileiro Ginecologia**, v. 99, n. 10, p. 419-423, out. 1989.

NEVES, M. C. P. A bioética e sua evolução. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 211-222, maio/jun. 2000.

NOTZON, F. C. Internacional differences in the use of obstetric intervention. **Journal of American Medical Association**, v. 263, n. 24, p. 3286-3291, june, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo, 1994.

OMS. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura Saúde reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

OMS. OPS. **Mortalidade materna em América Latina**: estudio y prevención de la mortalidad materna. Genebra, 1986.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. OMS. **Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna**. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1996.

OPS. Prevención de la mortalidad materna em las Americas: perspectivas para los años noventa. **Comunicación para la Salud**, Washington, DC: OPS, v. 30, n. 2, 1992.

OPS. **Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade Materna nas Américas**. Washington, DC: OPS, 1990.

PEGORARO, O. A. Fundamentos filosóficos da bioética. In: PALÁCIOS, M. *et al.* **Ética, ciência e saúde**: desafios da bioética. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 46-61.

PEIXOTO, H. C. G., SOUZA, M. L. Taxa de mortalidade materna (coeficiente de mortalidade materna). Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2001.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

RABY, C. A. La responsabilidad profesional del médico. **Revista de la Asociación Médica Argentina**, v. 112, n. 4, p. 48-53, 1999.

REDFIELD, J. **A profecia celestina**: uma aventura da nova era. Rio de Janeiro: Objetiva, 1993.

REED, E. **Sexo contra sexo ou classe contra classe**. [S.l: Proposta, Versus, 1980.

RENDON, L. *et al.* Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. **Boletín da Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 115, n. 6, p. 473-480, dez. 1993.

REZENDE, J., MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REZENDE, J., REZENDE FILHO, J. O parto. Conceitos, generalidades, introdução ao seu estudo. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 286-296.

REZENDE, J. *et al.* Mortalidade materna e perinatal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 1317-1325.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROTANIA, A. De bioéticas e feminismos na modernidade. In: ROTANIA, A. (Org.). **Bioética**: vida e morte femininas. Rio de Janeiro: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Sociedade Brasileira de Ostomizados, [2000?]. p. 14-23.

ROYSTON, E., ARMSTRONG, S. (Ed.). **Prevención de la mortalidad materna**: la condición de la mujer y la mortalidad materna. Ginebra: OMS, 1991.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O., BRUSCHINI, C. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 183-215.

SAFFIOTI, H. I. B., VARGAS, M. M. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

SARUE, E. *et al.* **O Conceito de risco e programação dos cuidados à saúde**. Organizacion Panamericana de La Salud. Instituto Interamericano Del Niño. Centro Latino Americano de Perinatologia Y Desarrollo Humano, Ministério da Saúde: Brasil, 1984.

SASS, N. Prevenção da mortalidade materna no Brasil. **Rev. de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 45-48, 1996.

SCHRAMM, F. R., ESCOSTEGUY, C. C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 951-961, out./dez. 2000.

SCHOR, N. Adolescência, história reprodutiva e anticoncepção. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5, CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5, Águas de Lindóia, 1997. **Anais ...** Águas de Lindóia: ABRASCO, 1997. p. 118.

SILVA, R. S. Aborto provocado, contracepção e fecundidade: um passo para o entendimento de suas interrelações. In: Anais do IX ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, Caxambú, 1994. **Anais ...** Caxambú: ABEP, 1994. p. 261-280.

SIQUEIRA, A. A. F. *et al.* **Estudo da mortalidade materna na região Sul do município de São Paulo, Brasil: análise preliminar.** São Paulo: Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1991.

SIQUEIRA, A. A. F. *et al.* Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, v. 18, p. 448-465, 1984.

SIQUEIRA, J. E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. Disponível em: <file:///A:/evolucien.html> Acesso em: 01 nov. 2000. 7 p.

SOARES, J. W. B. *et al.* Mortalidade materna. **Femina**, v. 25, n. 7, p. 663-666, ago. 1997.

SOCIEDADE CIVIL BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM. Programa de pesquisas de Demografia e Saúde – DHS. Macro Internacional Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996.** Brasília: Litografia Tucano, 1997.

SOUZA, M. L. **Mortalidade materna, em Florianópolis, Santa Catarina, 1975 a 1979 – Obituário Hospitalar.** São Paulo, 1982. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1982.

SOUZA, M. L. *et al.* **O auxiliar de enfermagem no ambiente social: estudos regionais e saúde pública.** Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte.** São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TANAKA, A. C. A. Mortalidade materna. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês.** São Paulo, 2001.

TANAKA, A. C. A. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. **Jornal da Redesaúde**, n. 20, p. 5-8, maio 2000.

TANAKA, A. C. A., MITSUIKI, L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: Unicef, 1999.

TAUIL, P., LIMA, D. D. Aspectos éticos da mortalidade no Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 1996. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso: 10 mar. 2001.

THEME-FILHA, M. M. *et al.* Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-403, abr.-jun. 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.

TÜRMEN T., ABOUZHAR, C. Safe motherhood. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 46, n. 2, p. 145-153, 1994.

VERDI, M. *et al.* A sociedade brasileira: uma aproximação da sua realidade através dos indicadores sociais. In: SOUZA, M. L. *et al.* **O auxiliar de enfermagem no ambiente social: estudos regionais e saúde pública**. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997.

VERNY, T. **A vida secreta da criança antes de nascer**. 3. ed. São Paulo: C. J. Salmi Ed., 1993.

WINIKOFF, B. **Maternal Risk**. In: BERZELIUS SYMPOSIUM, Stockholm, Sweden, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, n. 8452 – ii, p. 436-437, 1985.

WHO. **Thermal protection of the Newbor: a practical guide**. Geneva, 1997.

WHO. UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND – UNICEF. **Modeling maternal mortality in the developing Countries**. Geneva : WHO, UNICEF, 1995.

WHO. UNICEF. **Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF**. Geneva: WHO, UNICEF, 1996.

ZAMPIERI, M. F. M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

ZANCANARO, L. Cuidando do futuro da vida humana – a ética da responsabilidade de Hans Jonas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 310-320, jul./ago. 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

PREPARAÇÃO DOS DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Pseudônimo:
Idade:
Raça:
Estado civil:
Escolaridade:
Ocupação:
Renda Familiar:
Endereço:

2. DADOS SOBRE A GESTAÇÃO

Intervalo Interpartal:
Usuária de método contraceptivo:
Número de gestações:
Número de partos: vaginais:
Cesárea:
Número de abortos:
Quanto nascidos vivos:
Quanto nascidos mortos:
Morreram após 1 semana e antes de 1 ano:
Complicações na última gravidez:
Quais:

DADOS SOBRE O PRE-NATAL

Realizou pré-natal:
Data da última menstruação:
Data provável do parto:
Em que semana da gestação iniciou o pré-natal:
Local realizado o pré-natal:
Número de consultas realizadas:
Número da semana gestacional quando da última consulta:
Detectado complicações durante o pré-natal:
Foi identificado risco gestacional no pré-natal:
Houve encaminhamento no pré-natal para o parto hospitalar:
Houve atendimento imediato da patologia que levou à morte, prévio a admissão no hospital, onde:

DADOS SOBRE O PARTO OU ABORTO

A gestação evoluiu para parto ou aborto:

Tipo de parto:

Tipo de aborto:

Profissional que realizou:

Data:

Local:

Idade da gestação no momento do parto:

Dados da anestesia:

Usado ocitócito:

Dados do recém-nascido:

DADOS DO PUERPÉRIO

Problemas no puerpério:

DADOS DO ÓBITO

Data:

Local:

Transferida de outro hospital:

Causas do óbito na declaração:

O óbito ocorreu na gestação, no parto, no puerpério ou após os 42 dias:

3. DADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

DADOS DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Data da admissão:

Motivo da internação:

Procedimento realizado logo após a internação:

Realizado transfusão:

A transfusão foi em tempo oportuno:

Caso não porquê:

4. ANÁLISE DO COMITÊ

Classificação do óbito após a investigação:

Tipo do óbito:

Causa básica do óbito após a investigação:

Evitável:

Responsabilidade pelo óbito:

Medidas para evitar o óbito:

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5

QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – Características demográficas e sócio-econômicas

CASO	IDADE	OCUPAÇÃO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	RENDA FAMILIAR	ESTADO CIVIL	PROCEDÊNCIA ¹	TIPO DE SERVIÇO ²
Flor de Liz	36	Do lar	1º grau	-	casada	Tijucas	Público
Amor Perfeito	24	Diarista	1º grau	1 sal.min.	solteira	Blumenau	Público
Gérbera	33	Do lar	1º grau	1 sal.min.	-	Braço do Norte	Público
Lírio Branco	18	Professora	2º grau	-	casada	Braço do Norte	-
Violeta	23	Diarista	1º grau inc.	3 sal.min.	solteira	Caçador	-
Crisântemo	26	Do lar	1º grau inc.	-	casada	Garuva	-
Petúnia	40	Autônoma	2º grau	12 sal.min.	casada	Blumenau	Público
Hortências	25	Do lar	1º grau	-	casada	São Bento do Sul	-
Margarida	23	Do lar	1º grau inc.	-	solteira	Lages	ignorado
Bromélia	17	Agricultora	1º grau inc.	<sal.min.	casada	Irineópolis	Público
Rosa	30	Do lar	1º grau inc.	-	casada	Itajaí	Público
Papoula	37	Do lar	1º grau	-	casada	Criciúma	ignorado
Açuena	35	Do lar	2º grau	-	solteira	Florianópolis	Público
Azaléia	16	Do lar	1º grau	2 sal.min.	solteira	Itá	-
Jasmim	33	Do lar	1º grau	R\$600,00	casada	Irani	Privado

¹ Refere-se ao local de residência da mulher.² Refere-se ao serviço de saúde utilizado no atendimento pré-natal.

FIGURAS

Fig. 1 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo a evitabilidade, Santa Catarina, 1998.

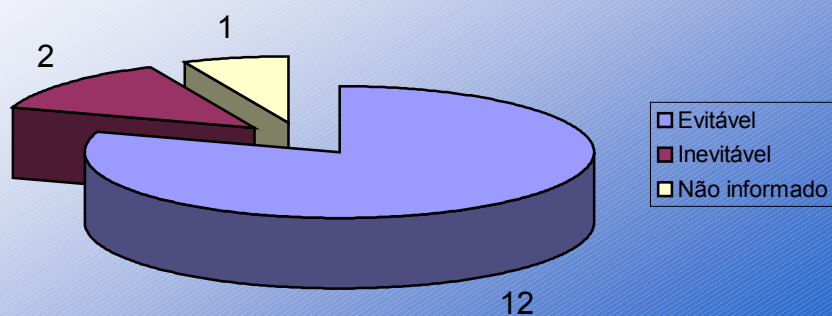


Fig. 2 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo o tipo de parto, Santa Catarina, 1998.

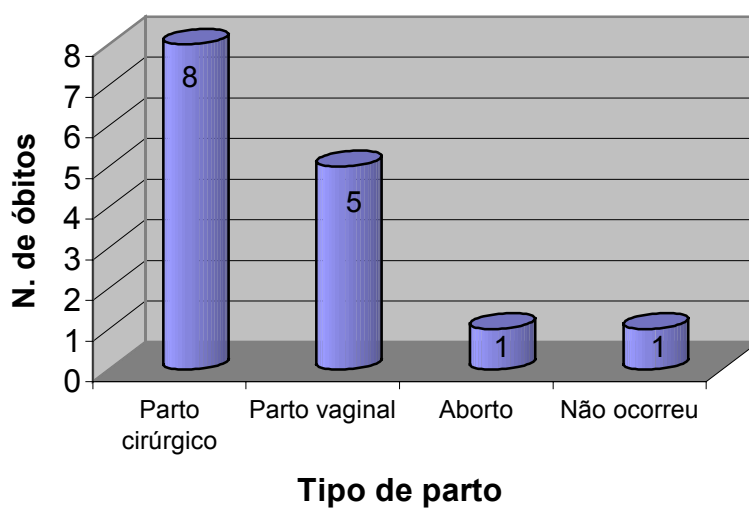


Fig. 3 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo a paridade, Santa Catarina, 1998.

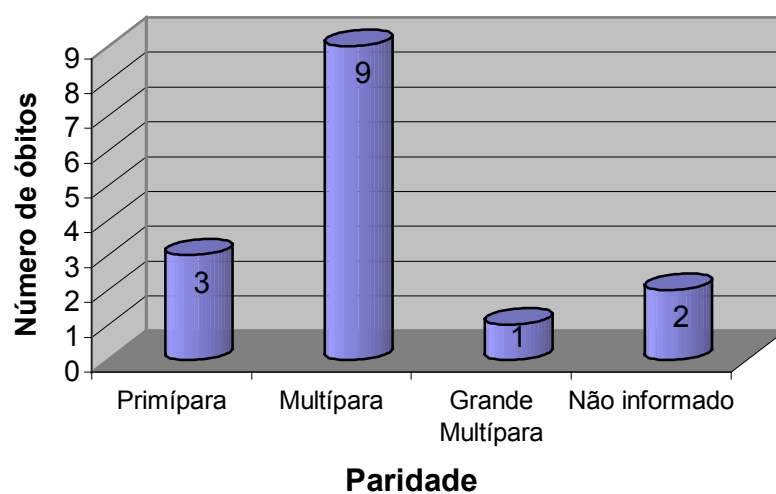


Fig. 4 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo o intervalo interpartal, Santa Catarina, 1998.

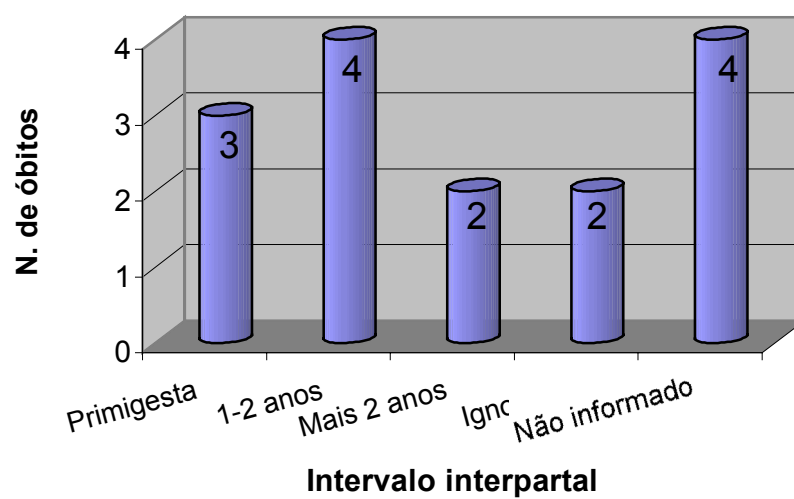


Fig. 5- Distribuição dos óbitos maternos, segundo o uso de método contraceptivo, Santa Catarina, 1998.

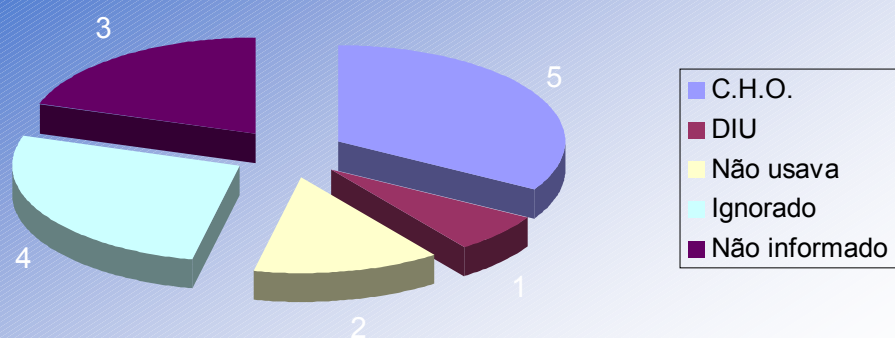
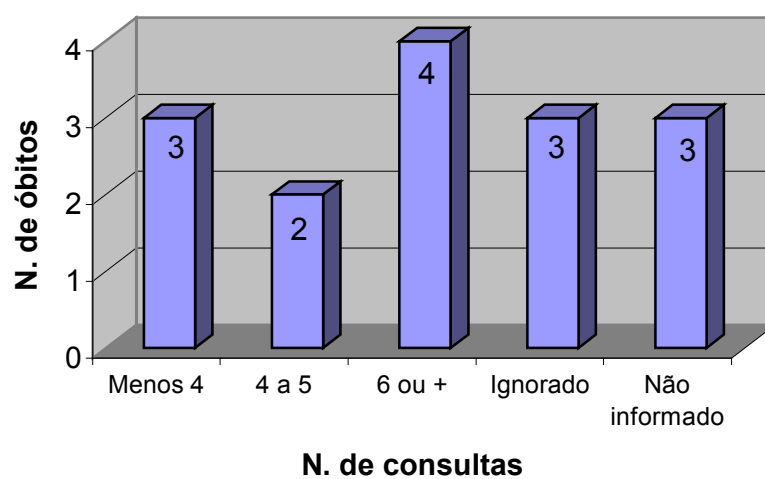


Fig. 6 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo o número de consultas no pré-natal, Santa Catarina, 1998.



QUADRO 2 – Características da situação obstétrica

CASO	GESTAÇÃO					PARTO					PUERPÉRIO PROBLEMAS	
	PARIDADE	INTER-VALO	USODE MÉTODO	PRÉ-NATAL		TIPO PARTO	PROFIS REALIZOU	IDADE DA GESTAÇÃO	TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA			
				SEMANA GESTAÇÃO (f ^{onsesta})	Nº de Consultas				OPARTO	NOPARTO (semanas)		REALI- ZADA
Flor de Liz	5	1-2 anos	Ignorado	8ª	4 a 5	Cesárea probl. materno	Obstetra	28 a 36	Não	Não	Não	Hemorragia, convulsão
Amor Perfeito	4	-	H.O.	9ª	< 4	Cesárea probl. materno	Obstetra	28 a 36	Sim	Sim	Não	Hemorragia
Gérbera	1	Primigesta	H.O.	18ª	<4	Não ocorreu	Ignorado	Menor ou = 20	Não	Não	Não	Não informado
Lírio Branco	1	Ignorado	Ignorado	Ignorado	Ignorado	Cesárea probl. materno	Obstetra	20 a 27	Sim	Sim	Não	Infecção puerperal, convulsão
Violeta	3	1-2 anos	H.O.	Ignorado	6 ou +	Vaginal espont.	Clinico Geral	28 a 36	Sim	Sim	Não	Infecção puerperal
Crisântemo	-	-	-	Não informado	-	Aborto espont.	Clinico Geral	Ignorado	Sim	Sim	Ignorado	Não informado
Petúnia	3	1-2 anos	H.O.	6ª	6 ou +	Cesárea acidente hemor.	Obstetra	37 a 41	Sim	Não informado	Não	Hemorragia
Hortência	-	-	-	Não informado	-	Vaginal espont.	Obstetra	37 a 41	Ignorado	Ignorado	Ignorado	Não informado
Margarida	3	Ignorado	Ignorado	Ignorado	Ignorado	Cesárea probl. materno	Obstetra	28 a 36	Não	Não	Não	Hemorragia
Bromélia	1	Primigesta	Não usava	Ignorado	4-5	Vaginal espont.	Parteira	> ou = 42	Não	Não	Não	Infecção puerperal
Rosa	3	Mais de 2 anos	DIU	17ª	6 ou +	Cesárea – quadro clínico	Obstetra	28 a 36	Não	Não	Não	Convulsão
Papoula	2	-	-	Ignorado	Ignorado	Vaginal Forceps	Obstetra	28-36	Não informado	Não informado	Não informado	Insuficiência renal aguda
Açucena	3	Mais de 2 anos	Ignorado	29ª	< 4	Vaginal espont.	Obstetra	20 a 27	Não	Não	Não	Parada cardiorespiratória
Azaléia	1	Primigesta	Não usava	Não informado	-	Cesárea probl. materno	Obstetra	37 a 41	Não	Não	Não	Não informado
Jasmim	2	1-2 anos	H.O.	6ª	6 ou +	Cesárea eletiva	Obstetra	37 a 41	Sim	Sim	Sim	Hemorragia

